

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

**ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS E AS
PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

Andreia Filipa Leandro Félix

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Faro

2011

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

**ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS E AS
PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

Andreia Filipa Leandro Félix

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Tese Orientada pela Doutora Ana Teresa Martins, Professora Auxiliar do

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

Faro

2011

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação de mestrado só foi possível devido à colaboração e disponibilidade de um conjunto de pessoas que me apoiaram ao longo de todo este percurso. Por isso, quero aqui dirigir os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a realização do presente estudo. Assim agradeço:

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Teresa Martins, ao Professor Doutor Pestana Cruz, à Professora Doutora Alexandra Gomes e à Mestre Marta Brás, por todo o apoio emocional, disponibilidade, ajuda e colaboração, que marcaram todo o processo de realização deste estudo.

A todas as pessoas que se disponibilizaram para preencher os questionários desta investigação porque sem elas nada disto era possível.

Por último, mas não menos importante, à minha família, amigos e outras pessoas significativas sempre disponíveis para me apoiar durante a concretização deste trabalho.

E a todos que de certa forma contribuíram para o meu sucesso.

Resumo

Nos últimos anos, o aumento da prevalência das perturbações do comportamento alimentar têm vindo a suscitar interesse por parte da comunidade científica, especialmente pela gravidade clínica que acarreta, bem como, pela existência dos inúmeros factores relacionados com a etiologia do presente quadro clínico. É neste sentido, que o presente estudo encontra a sua relevância, pretendendo analisar os acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância – de acordo com a sua frequência, impacto e severidade – enquanto factor possivelmente relacionado ao surgimento e manutenção de sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar. Partimos do princípio que um melhor entendimento deste factor poderá contribuir para uma maior eficácia das abordagens terapêuticas utilizadas. A grande maioria das investigações realizadas sobre o papel dos acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância e a psicopatologia do comportamento alimentar têm colocado o seu foco de interesse principalmente no abuso sexual na infância (Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, 2006) negligenciando as diversas formas de abuso existentes e o seu impacto, a longo prazo, na conduta alimentar (Kent, Waller, & Dagnan, 1999). No entanto, outros estudos têm demonstrado que as perturbações alimentares podem estar relacionadas com a história de abuso físico (Treuer, Koperdák, Rózsa, & Furedi, 2005), abuso psicológico (Fischer, Stojek, & Hartzell, 2010), devido à presença de um ambiente familiar adverso (Kent & Waller, 2000) ou mesmo devido a perda de uma figura significativa (Halmi, 2005). Pela revisão da literatura consultada verificámos que grande parte dos estudos não se têm revelado consensuais e portanto julgamos que ainda existem questões merecedoras de serem empiricamente

aprofundadas no que diz respeito aos acontecimentos de vida mais influentes no surgimento de uma psicopatologia alimentar.

Neste sentido, fomos avaliar 304 estudantes universitários de ambos os sexos e com uma média de idades de 21.93 anos. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (Brás & Cruz, 2008), que pretende avaliar o conjunto de experiências negativas vividas até aos 12 anos de idade e o Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (Corral, González, Perenã, & Seisdedos, 1998), que pretende avaliar a sintomatologia relacionada com o comportamento alimentar.

Os nossos principais resultados parecem sugerir que, entre todos os outros acontecimentos de vida negativos, o abuso psicológico ocorrido na infância constitui um importante factor de vulnerabilidade na eclosão de perturbações do comportamento alimentar na idade adulta. Os resultados obtidos são discutidos com base na investigação empírica existente neste domínio.

Palavras-chave: Acontecimentos de Vida Negativos, Perturbações do Comportamento Alimentar e Abuso Psicológico.

Abstract

In the last years, the increase of eating disorders has been raising interest of the scientific community, mainly because the clinical severity it carries, as well as, for the existence of many factors related to the etiology of this clinical picture. In this sense, this study finds its relevance, intending to analyze the negative life events occurring in childhood – according to their frequency, impact and severity – as a factor possibly related to the emergence and maintenance of symptoms related to eating disorders. We assume that a better understanding of this factor may contribute to more effective therapeutic approaches.

The majority of investigation on the role of negative life events occurring in childhood and psychopathology of eating behavior has been focusing their interest mainly on childhood sexual abuse (Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, 2006), neglecting the various existing forms of abuse and its long term impact on eating behavior (Kent, Waller, & Dagnan, 1999). However, other studies have shown that eating disorders may be related to the history of physical abuse (Treuer, Koperdák, Rózsa, & Furedi, 2005), emotional abuse (Fischer, Stojek, & Hartzell, 2010), due to the presence of an adverse family environment (Kent & Waller, 2000) or even due to the lost of a significant figure (Halmi, 2005). By the review of the literature we found that most studies have not proved consensual and therefore we believe that there are still issues to be worthy of empirical depth with regard to life events most influential in the emergence of an eating psychopathology.

In this sense, we assessed 304 college students of both genders and with a mean age of 21.93 years old. The instruments used were the *Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos* (Brás & Cruz, 2008), which aims to evaluate the set of negative experiences

lived until 12 years old and Eating Disorders Inventory (Corral, González, Perenã, & Seisdedos, 1998), which aims to assess the symptomatology related to eating behavior.

Our main results may suggest that, among all the other negative life events, emotional abuse occurred in childhood is an imported factor of vulnerability in the emergence of eating disorders in adulthood. The results are discussed based on empirical research in this field of expertise.

Key-words: Early Negative Events, Eating Disorders and Emotional Abuse.

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Perturbações do Comportamento Alimentar	4
1.1. Epidemiologia.....	4
1.2. Características Clínicas.....	7
Capítulo II - Acontecimentos de Vida Negativos.....	13
2.1. Definição de acontecimentos de vida negativos	13
2.2. Prevalência dos acontecimentos de vida negativos na infância.....	15
2.3. Impacto dos acontecimentos de vida negativos na infância na idade adulta	18
2.3.1. Separações e perdas.	23
2.3.2. Negligência.	25
2.3.3. Abuso sexual, físico e psicológico.....	26
2.3.4. Ambiente familiar disfuncional.	30
2.3.5. Condições de vida adversas.	33
Capítulo III - Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e as Perturbações Alimentares.....	36
Capítulo IV – Objectivos e Questões de Investigação	44
4.1. Objectivos	44
4.2. Questões de investigação	44
Capítulo V – Metodologia	46
5.1. Desenho da investigação.....	46
5.2. Amostra.....	47
5.2.1. Técnica de amostragem.	47
5.2.2. Caracterização geral da amostra.	47
5.3. Instrumentos	49

5.3.1. Questionário de dados pessoais.....	49
5.3.2. Inventário de perturbações do comportamento alimentar (EDI-2).....	50
5.3.3. Inventário de acontecimentos de vida negativos (IAV_N).....	54
5.4. Variáveis do Estudo.....	58
5.5. Procedimentos.....	59
5.5.1. Procedimentos de recolha de dados.	59
5.5.2. Procedimento e tratamento e análise de dados.....	60
Capítulo VI – Apresentação e Análise dos Resultados.....	61
6.1. Estatísticas descritivas do IAV_N: frequência, impacto e severidade.....	61
6.2. Estatísticas descritivas do inventário de perturbações do comportamento alimentar	65
6.3. Relação entre os acontecimentos de vida negativos e as perturbações do comportamento alimentar	67
Capítulo VII – Discussão dos Resultados	77
Conclusões Gerais.....	91
Referências Bibliográficas	97

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas Descritivas dos Factores e Índices do IAV_N (N=304)	62
Tabela 2. Estatísticas Descritivas do Factor Abuso Psicológico do IAV_N	63
Tabela 3. Médias, Desvios-Padrão do IAV_N e Teste <i>t</i> de Student em Função da Natureza da Relação dos Progenitores	64
Tabela 4. Estatísticas Descritivas do EDI-2 (N=304)	65
Tabela 5. Médias, Desvios-Padrão do EDI-2 e Teste <i>t</i> de Student em Função do Género	66
Tabela 6. Correlações de <i>Pearson</i> entre os AVN (Factores e Índices) e o EDI-2.....	67
Tabela 7. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e o EDI_Total (Método <i>Enter</i>) ..	71
Tabela 8. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Bulimia (Método <i>Enter</i>).....	71
Tabela 9. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Obsessão pela Magreza (Método <i>Enter</i>)	72
Tabela 10. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Insatisfação Corporal (Método <i>Enter</i>)	72
Tabela 11. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Ineficácia (Método <i>Enter</i>).....	73
Tabela 12. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a Desconfiança Interpessoal (Método <i>Enter</i>)	73
Tabela 13. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Percepção Introceptiva (Método <i>Enter</i>)	74
Tabela 14. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Medo da Aduldez (Método <i>Enter</i>)	74

Tabela 15. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Ascetismo (Método <i>Enter</i>).....	75
Tabela 16. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Impulsividade (Método <i>Enter</i>)	75
Tabela 17. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Insegurança Social (Método <i>Enter</i>)	76

Índice de Anexos

Anexo A - Consentimento Informado

Anexo B - Questionário de Dados Pessoais

Anexo C - Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2)

Anexo D - Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N)

Anexo E - Pedido de Autorização para Colaboração em Projecto de Investigação

Anexo F - Estatísticas Descritivas – Médias, Desvios Padrão da Escala de Frequência, Impacto e Severidade dos Itens do IAV_N

Anexo G - Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2) - Valores Normativos

Introdução

As perturbações alimentares constituem um problema significativo de saúde pública com efeitos a nível físico e psicológico ao longo da vida. Nas últimas décadas a prevalência destas patologias têm aumentado particularmente em adolescentes e mulheres adultas de classe social média e média-alta. Contudo, nos últimos anos têm aumentado o número de homens com esta patologia, pessoas pertencentes a minorias étnicas e mulheres de todas as classes sociais e grupos etários (Aranda & Gil, 2002).

A compreensão da etiologia e manutenção das perturbações alimentares têm avançado substancialmente nas últimas décadas (Kent & Waller, 2000). As perturbações do comportamento alimentar envolvem uma etiologia complexa e multifactorial que contempla factores socioculturais, familiares e de risco individual (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999; Muñoz & Gómez, 1998; Polivy & Herman, 2002). Investigadores e clínicos continuam a separar estes factores e suas interacções, a fim de compreender a etiologia da psicopatologia alimentar (Kent & Waller, 2000).

Apesar da importância atribuída aos factores socioculturais e familiares não podemos descurar a contribuição dos factores individuais que poderão estar na origem das perturbações do comportamento alimentar, particularmente os acontecimentos de vida negativos na infância. Neste sentido, o abuso ocorrido na infância é um factor cuja importância tem vindo a ser reconhecida nos últimos anos (Fallon & Wonderlich, 1997). A relação entre as experiências ocorridas na infância e o seu impacto na saúde mental na vida adulta tem sido alvo de estudo por parte da comunidade científica sendo bastante teorizada e bastante conhecida. Grande parte das principais correntes psicológicas situam na infância a origem quer do ajustamento psicológico quer da psicopatologia dos adultos (Ramos, 2004). As correntes e teorias psicológicas existentes

não oferecem assim dúvidas quanto à importância decisiva da qualidade da infância sobre a vida futura do sujeito, concretamente da adultez.

Ao longo do tempo, vários autores, têm referido que a vivência de experiências negativas na infância, tendo em conta a sua frequência e impacto, influenciam a trajectória do desenvolvimental psicossocial do sujeito aumentando a sua predisposição para a eclosão de perturbações do comportamento alimentar na idade adulta (Kong & Bernstein, 2009; Fischer et al., 2010). A forma como experienciamos um acontecimento de vida negativo é variável de pessoa para pessoa, implica diferentes consequências ao nível dos processos mentais, tais como, baixa auto-estima, depressão e ansiedade que predis põem a vulnerabilidade do sujeito para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar na presença de outros stressores psicossociais (Kennedy, Ip, Samra, & Gorzalka, 2007). Contudo, o modo como estas experiências contribuem para a eclosão das perturbações do comportamento alimentar na adultez continua ainda a ser um tema bastante controverso, complexo e mal compreendido entre os autores, não existindo resultados consensuais entre os estudos, bem como, a escassez de estudos sobre esta temática.

Consideramos o presente tema de elevada pertinência tendo em conta a necessidade de compreender e adquirir novos conhecimentos sobre a etiologia das perturbações alimentares, que posteriormente permitirá implementar estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas e eficazes, particularmente no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde, contribuindo assim para uma melhor prática clínica no que concerne à presente problemática. A importância dos estudos na presente área prende-se principalmente com as implicações ao nível do domínio da prevenção das perturbações do comportamento alimentar através da identificação das principais

populações de risco. Salienta-se ainda o contributo que estudos sobre o tema poderão ter na compreensão da eclosão, manutenção, prognóstico e tratamento desta doença.

A falta de entendimento e experiência relativamente a esta perturbação é cada vez mais crescente e complexa por parte da comunidade científica sendo necessário maior aprofundamento empírico (Aranda & Gil, 2002). Neste sentido, tivemos como principal objectivo contribuir para o estudo da influência dos acontecimentos de vida negativos na infância no desencadeamento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar na vida adulta.

Para a prossecução deste objectivo organizamos este trabalho em sete capítulos distintos que procuram organizar de forma coerente os contributos teóricos e empíricos. Nos primeiros três capítulos foi realizada a revisão da literatura acerca das variáveis em estudo, onde se encontram descritos os estudos mais actuais publicados sobre o tema. No quarto e quinto capítulo foram determinados os objectivos, as questões de investigação e os procedimentos metodológicos deste estudo englobando as variáveis, os instrumentos e os procedimentos utilizados. Por último, no sexto e sétimo capítulo foram apresentados os resultados e a respectiva análise e discussão dos mesmos.

Capítulo I - Perturbações do Comportamento Alimentar

1.1. Epidemiologia

Nos últimos anos o aumento da prevalência das perturbações do comportamento alimentar tem suscitado interesse por parte da comunidade científica, apresentando este quadro clínico um importante problema de saúde pública a nível nacional e internacional como é evidenciado pelos dados epidemiológicos.

As perturbações alimentares afiguram-se como uma das principais causas de morbilidade física e psicossocial em adolescentes e jovens adultos do sexo feminino, e menos frequentes em sujeitos do sexo masculino (Lewinsohn, Seeley, Moerk, & Striegel-Moore, 2002; Fairburn & Harrison, 2003; Machado, Conceição, & Vaz, 2009; Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino, & Bjorkqvist, 2009; Treasure, Claudino, & Zucker, 2010), sendo a anorexia nervosa uma perturbação mental com elevada mortalidade (Papadopoulos, Ekbom, Brandt, & Ekselius, 2009).

A anorexia e a bulimia nervosa são predominantes nas sociedades ocidentais industrializadas. A maioria das anorécticas são de classes socioeconómicas mais altas e as bulímicas apresentam uma distribuição equitativa entre as classes sociais (Fairburn & Harrison, 2003) e ambas apresentam uma baixa incidência em minorias étnicas (Striegel-Moore et al., 2003).

Um estudo epidemiológico recente realizado em Portugal sugere que as perturbações alimentares sem outra especificação representam o diagnóstico mais comum (2.37%), seguindo-se a anorexia nervosa (0.39%) e a bulimia nervosa (0.30%) sendo a prevalência de perturbações alimentares entre estudantes femininas de 3.06% (Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007).

A anorexia tem um início típico com uma taxa de incidência mais elevada entre os 15 e os 19 anos de idade (Hoek & van Hoeken, 2003) e está frequentemente associada a um acontecimento de vida stressante (APA, 2002), estima-se que uma em cinco adolescentes tem ou teve perturbações alimentares relacionadas com acontecimentos que ocorreram durante a adolescência (Isomaa et al., 2009). A prevalência de adolescentes femininas com anorexia é de 0.7% e a sua incidência é de 19 no sexo feminino e 2 no sexo masculino (Fairburn & Harrison, 2003). Esta perturbação constitui um importante problema de saúde pública, apresentando problemas a nível físico e psicológico ostentando uma mortalidade de 10% para as pessoas com esta patologia (APA, 2002) e a sua incidência é de 8 casos por 100.000 habitantes por ano (Hoek & van Hoeken, 2003).

A bulimia nervosa normalmente inicia-se no fim da adolescência ou início da idade adulta (APA, 2002). Segundo Hoek e van Hoeken (2003) a incidência da bulimia nervosa ocorre entre os 20 e os 24 anos de idade apresentando assim um início mais tardio que na anorexia nervosa. Esta patologia ocorre principalmente entre mulheres, sendo cerca de 90% dos sujeitos com bulimia nervosa do sexo feminino (APA, 2002). A incidência desta patologia situa-se nos 12 casos por 100.000 habitantes por ano (Hoek & van Hoeken, 2003). A prevalência de sujeitos com bulimia situa-se entre 1% a 2% em mulheres bulímicas e a incidência é de 29 no sexo feminino e 1 no sexo masculino (Fairburn & Harrison, 2003).

Num estudo onde se comparou adolescentes anorécticas e bulímicas é referido que 41 das 758 jovens com diagnóstico de anorexia nervosa morreram sendo as principais causas de morte a má nutrição (17%) e o suicídio (10%). No entanto, no total de todos os casos de perturbações alimentares o número de mortes foi de 59 pacientes em 1040 casos seguidos (5.7%) (Crisp et al., 2006), estimando-se que 1/3 dos

indivíduos com diagnóstico de perturbação alimentar será hospitalizado durante a doença (Calderon, Stoep, Collet, Garrison, & Toth, 2007) sendo as mulheres as mais prováveis de terem procurado tratamento (Lewinsohn et al., 2002).

Com frequência, os pacientes que apresentam anorexia e bulimia nervosa apresentam perturbações psicopatológicas associadas, nomeadamente perturbações da ansiedade (fobia social, perturbação obsessivo compulsiva e ansiedade generalizada), depressão e dificuldades no controlo dos impulsos (abuso de álcool, realização de furtos e comportamentos agressivos) (Muñoz & Gómez, 1998).

A existência de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas tem sido referida em alguns estudos (Salbach-Andrae et al., 2008; Touchette et al., 2010). Na anorexia nervosa tem sido referido uma comorbilidade significativa com as perturbações de humor, as perturbações de personalidade e o abuso de substâncias. No que respeita aos pacientes com bulimia nervosa foi encontrada comorbilidade com as perturbações de personalidade, o abuso de substâncias e as perturbações de humor (Lopez-de-Andres et al., 2010). Rorty, Yager e Rossotto (1994a) referem que pacientes com bulimia nervosa apresentam como comorbilidades psiquiátricas mais frequentes as perturbações da personalidade, nomeadamente a perturbação da personalidade *borderline*, obsessivo-compulsiva, autodestrutiva e narcísica.

Segundo Carter e colaboradores (2006) indivíduos com perturbação alimentar com história de abuso sexual na infância apresentam uma significativa comorbilidade psiquiátrica que inclui elevados níveis de depressão, ansiedade, baixa auto-estima, maior número de problemas interpessoais e maior severidade de sintomas obsessivo-compulsivos.

1.2. Características Clínicas

As perturbações do comportamento alimentar apresentam-se como uma preocupação mórbida acerca do peso e da imagem corporal que influencia decisivamente a auto-estima do sujeito conduzindo a graves perturbações a nível somático que comprometem o bem-estar do sujeito (Carmo, 2007).

Estas perturbações encontram-se associadas a uma ideia sobrevalorizada da magreza, uma excessiva preocupação com o peso e um medo despropositado de engordar, neste sentido, os sujeitos alteram os seus comportamentos alimentares cuja finalidade é evitar o acréscimo de peso (Muñoz & Gómez, 1998).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2002) na classificação das perturbações do comportamento alimentar são distintas duas categorias diagnósticas específicas, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, e uma categoria de perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação que inclui perturbações que não preenchem os critérios de diagnóstico destas categorias específicas.

Estes diagnósticos clínicos apresentam um grande número de características em comum, observando-se frequentemente uma tendência para os sujeitos oscilarem entre os diferentes diagnósticos (Fairburn & Harrison, 2003; Machado et al., 2009).

A anorexia nervosa é uma doença mental grave caracterizada pela manutenção de um baixo peso inadequado, uma procura incessante pela magreza, distorções cognitivas sobre a forma e o peso do corpo (Attia & Walsh, 2007) e de normas excessivamente rigorosas (Goldener, Cockell, & Srikaneswaran, 2002).

Os pacientes com esta perturbação psicológica apresentam uma manutenção de um peso corporal a um nível inferior a 85% do peso considerado normal para a idade e

altura e normalmente a perda de peso é obtida inicialmente através da diminuição da quantidade total de alimentos ingeridos. Algumas pessoas começam por eliminar dos seus hábitos alimentares os alimentos que consideram de elevado teor calórico utilizando métodos adicionais de perda de peso como os métodos purgativos (vômitos, abuso de laxantes e diuréticos) e o aumento e/ou excesso de exercício físico (APA, 2002).

Estes pacientes apresentam um medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o peso é insuficiente (Kell, Leon, & Fulkerson, 2001; APA, 2002), esta perda abrupta de massa muscular conduz o sujeito a uma significativa morbidez a nível biológico, psicológico e social conduzindo por vezes à própria morte (Carmo, 2007).

Uma significativa perturbação da percepção do tamanho e formas corporais também acompanham o indivíduo com anorexia, sendo a perda de peso vista como uma excepcional autodisciplina e o acréscimo de peso como uma falha intolerável de autocontrolo (Wilson & Pike, 2001; APA, 2002).

A presença de amenorreia, ou seja, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, é também habitualmente uma consequência da perda de peso (Wilson & Pike, 2001; APA, 2002).

Muitos sujeitos com anorexia nervosa manifestam sintomas de depressão e ansiedade, irritabilidade, labilidade de humor, concentração debilitada, diminuição do interesse sexual e são habitualmente proeminentes características obsessivas que acompanham frequentemente os momentos em que os pacientes perdem o controlo sobre a alimentação. O interesse pelo mundo exterior também diminui à medida que o sujeito fica abaixo do peso, e como resultado torna-se mais afastado e retraído socialmente (Fairburn & Harrison, 2003; APA, 2002).

Esta categoria específica apresenta dois subtipos que são utilizados para particularizar a presença ou ausência de episódios bulímicos ou purgativos regulares, o tipo restritivo, no qual a pessoa não recorre normalmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes, e o tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo que é utilizado quando a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos regulares (APA, 2002).

No que respeita à bulimia nervosa esta é caracterizada, de uma forma geral, pela presença de ciclos de rigorosa dieta, compulsão alimentar recorrente e comportamentos purgativos (Goldener et al., 2002). Estes métodos de controlo do peso frequentemente assumem a forma de vômitos provocados, exercício físico excessivo, restrição de alimentos e utilização de laxantes e diuréticos (Williamson, Smith, & Barbin, 1998).

A bulimia nervosa consiste na presença de episódios de ingestão compulsiva de alimentos, i.e., ingerir num curto espaço de tempo uma quantidade de alimentos indubitavelmente maior do que a maioria das pessoas conseguiria comer em circunstâncias semelhantes (Wilson & Pike, 2001; APA, 2002) sendo os alimentos devorados durante os episódios de ingestão compulsiva, geralmente, de elevado teor calórico, normalmente aqueles que são proibidos nas suas dietas (Perpiña, 1995).

Os pacientes tendem a referenciar um sentimento de falta de controlo do próprio comportamento alimentar durante o episódio de ingestão compulsiva (APA, 2002) e encontram-se angustiados pela sua perda de controlo sobre a alimentação demonstrando vergonha (Fairburn & Harrison, 2003).

Para impedir o aumento de peso os pacientes desenvolvem um conjunto de métodos compensatórios inadequados, como a purga, o exercício físico e o jejum excessivo que ocorrem pelo menos duas vezes por semana, num período mínimo de três meses consecutivos (APA, 2002).

Estes indivíduos apresentam ainda uma auto-avaliação marcadamente influenciada pelo peso e formas corporais (Wilson & Pike, 2001; APA, 2002), resultando a combinação da baixa alimentação e a ingestão compulsiva alimentar num peso geralmente normal que constitui uma diferença significativa da anorexia nervosa (Fairburn & Harrison, 2003; Carmo, 2007).

Esta categoria compreende dois subtipos, o tipo purgativo, em que durante o episódio a pessoa induz regularmente o vômito ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas, e o tipo não purgativo, em que o sujeito utiliza outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como, o jejum e o exercício físico demasiado, mas no entanto, não utiliza métodos purgativos (APA, 2002).

A distorção da imagem corporal e do peso é uma característica fundamental de ambos os diagnósticos (APA, 2002) e a comum preocupação é a procura de uma dieta perfeita, baixo teor de gordura e de outros alimentos indesejados, sendo frequentemente experienciados sentimentos de vergonha e auto-depreciação, deste modo a característica central destas duas perturbações parece ser inerentemente o perfeccionismo (Goldener et al., 2002).

A distorção da imagem corporal consiste na percepção por parte do sujeito do seu corpo como apresentando um peso significativamente superior ao que corresponde na realidade. Num estudo realizado com jovens do sexo masculino demonstrou 2.4% de distorção da imagem corporal comparativamente a 5.1% das raparigas dos 18 aos 25 anos (Dixe, 2007). Aquando a presença de abuso sexual, físico e de laxantes na infância os resultados demonstraram uma maior severidade da distorção da imagem corporal em pacientes com perturbação alimentar que tinham experienciado abuso físico (Treuer et al., 2005).

Para além das duas categorias apresentadas, uma nova entidade nosológica também é tida em conta designada de síndrome parcial, situação sub-clínica ou ainda perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação que actualmente tem recebido uma especial atenção devido ao crescente número de casos (Fairburn & Harrison, 2003; Carmo, 2007). Neste caso o indivíduo preenche todos os critérios para a anorexia nervosa excepto a amenorreia e apesar da perda de peso significativa este encontra-se dentro dos valores normais; para a bulimia nervosa todos os critérios estão presentes, excepto a menor frequência de episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos (Beaumont, 1995).

Apesar dos inúmeros estudos realizados ao longo das décadas, ainda muitas incertezas existem relativamente às causas das perturbações do comportamento alimentar. A literatura tem identificado alguns factores de risco ou vulnerabilidade, no entanto, as suas verdadeiras causas ainda permanecem, em parte, um tema que se encontra ainda por explorar.

As perturbações do comportamento alimentar ostentam na sua etiologia um conjunto complexo de factores que culminam num preciso momento permitindo o eclodir de um quadro clínico (Poliy & Herman, 2002; Carmo, 2007; Cruz, 2009), sendo a causa do presente quadro clínico complexa e mal compreendida. As investigações efectuadas por diversos autores ao longo dos últimos anos têm realçado a influência dos factores sociais e culturais (Levine, Smolak, Moodey, Shuman, & Hessen, 1994; Tiggemann & Pickering, 1996; Lunner et al., 2000), familiares (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring, & Resnik, 2000; Wade et al., 2000; Davis, Shuster, Backmore, & Fox, 2004), genéticos (Carmo, 2007), a presença de experiências pessoais negativas (Fairburn & Harrison, 2003), bem como, determinados traços de

personalidade (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002) e esquemas cognitivos disfuncionais (Cooper, 2005) como causas das perturbações do comportamento alimentar, não sendo assim possível isolar um único factor etiológico.

De acordo com Fairburn e Harrison (2003) existe um conjunto de factores de risco para o desenvolvimento da anorexia e a bulimia nervosa, nomeadamente factores de risco gerais (ser do sexo feminino, ser adolescente ou jovem adulto e viver numa sociedade ocidental), factores de risco específicos individuais, como a história familiar (perturbações alimentares, depressão, alcoolismo e obesidade na família), as experiências pré-mórbidas (dificuldades relacionais com os pais ao longo do desenvolvimento, baixo contacto, elevadas expectativas e conflitos parentais e abuso sexual) e as características pré-mórbidas (baixa auto-estima, perfeccionismo, ansiedade, obesidade e menarca precoce).

O modelo etiopatogénico que permite explicar a génese e manutenção das perturbações alimentares mais consensual é o modelo biopsicossocial que considera que este tipo de perturbação corresponde a uma consequência da interacção multifactorial entre factores individuais (biológicos e psicológicos) conjuntamente com factores familiares e socioculturais. De acordo com este modelo existe assim uma acção conjunta de factores distintos sob a forma de predisponentes, precipitantes e factores de manutenção (Carmo, 2007).

Capítulo II - Acontecimentos de Vida Negativos

2.1. Definição de acontecimentos de vida negativos

O conceito de Acontecimentos de Vida Negativos (AVN) apresenta uma definição ampla, generalista e heterogénea que abrange todas as situações adversas para o desenvolvimento humano normativo, susceptíveis de ameaçar o equilíbrio do indivíduo.

Estas situações adversas podem referir-se a acontecimentos mais ou menos comuns que influenciam o corpo, o *self* e a mente, envolvendo um conjunto de experiências de carácter físico, emocional, sexual e mental (Silva & Maia, 2008).

Segundo Ramos (2004) os acontecimentos de vida podem ser descritos segundo duas componentes fundamentais: por um lado, a componente fenomenológica discreta, descontínua e transversal à vida do sujeito e, por outro, a componente associada à mudança, que altera o ciclo de vida. Estas componentes afectam inevitavelmente o equilíbrio global do indivíduo, obrigando-o a um reajustamento a nível psicossocial.

Os acontecimentos de vida podem ser classificados de positivos, neutros ou negativos, de acordo com as suas características intrínsecas e o tipo de consequências que os advêm, existindo no entanto acontecimentos que podem ser considerados ambos, positivos e negativos. Os acontecimentos de âmbito negativo são aqueles fenómenos ou situações que colocam o bem-estar do sujeito em risco, fomentando reacções de *stress* e que podem ter nefastas repercussões na vida do sujeito (Brás, 2008).

De acordo com Ramos (2004) os acontecimentos de vida podem assumir três tipos distintos de agregações: a primeira comporta sete áreas ou dimensões da vida do sujeito (parental, familiar, social, saúde, catástrofes e lar), a segunda distingue os

acontecimentos positivos e negativos e aqueles que podem ser positivos e negativos, e por último, a terceira que é constituída pela dimensão Eu (acontecimentos que ocorrem directamente ao sujeito) e a dimensão Outros (acontecimentos que afectam indirectamente o sujeito). Foram colocados, a título de exemplo, o divórcio ou morte dos pais, a doença de um membro da família, graves dificuldades financeiras e o sofrer uma punição injusta.

Ao longo do ciclo de vida, as pessoas experienciam inúmeras mudanças, as normativas, como por exemplo o casamento, a entrada ou a perda de emprego, e as mudanças não normativas como as catástrofes naturais (Ramos, 2004). A reacção perante estes acontecimentos perturbadores dependente não do próprio acontecimento, mas antes da predisposição pessoal e dos recursos que o sujeito possui ou a que tem acesso e do significado que atribui a esse acontecimento, em função das aspirações e valores considerados importante para si mesmo (Vaz Serra, 2000).

Existem diversos acontecimentos que podem ser indutores de *stress*, entre eles, os traumas ocorridos na infância. Estes acontecimentos traumáticos que ocorrem neste período crucial do desenvolvimento, em que a criança foi vítima de maus-tratos, abuso sexual ou criada num ambiente familiar hostil e conflituoso, pode determinar o seu ajustamento face ao futuro, tornando-o um indivíduo inseguro, pouco afirmativo, receoso com repercussões ao longo de toda a vida (Vaz Serra, 2000).

A classificação dos acontecimentos de vida permite analisar o papel destas experiências no desenvolvimento da criança no desencadear de psicopatologias. No entanto, os indivíduos podem reagir de diferentes formas ao mesmo acontecimento, o que para uns pode constituir um acontecimento perturbador e precipitante de uma determinada patologia de acordo com uma determinada condição, para outros não (Pires & Moreira, 2005).

Os acontecimentos de vida negativos precoces têm sido, portanto, alvo de grande interesse por parte da comunidade científica, podendo produzir efeitos nefastos de maior ou menor gravidade que variam em função do tipo de acontecimento, das características do próprio sujeito e do contexto social, podendo apresentar um impacto directo ou indirecto na eclosão de vários tipos de perturbações psicopatológicas.

2.2. Prevalência dos acontecimentos de vida negativos na infância

A prevalência de sujeitos que vivem acontecimentos de vida negativos durante a infância é ainda extremamente elevada. Ainda que e os maus-tratos na infância não sejam um problema apenas dos dias de hoje constituem um fenómeno que tem vindo progressivamente a tornar-se mais visível.

É difícil obter estatísticas fidedignas quanto à incidência dos maus-tratos na infância, porque parecem condicionadas por dois factores: a) apenas se centram em famílias consideradas desfavorecidas, onde existe um maior controlo social e b) apenas se baseiam em situações que originam extremas sequelas físicas que necessariamente implicam tratamento hospitalar ou em caso de morte (Alberto, 2010). Os resultados das investigações nem sempre são concordantes principalmente nas suas possíveis causas e frequência devido à inexistência de uniformidade relativamente à própria definição de maus-tratos e da metodologia utilizada na investigação (Azevedo & Maia, 2006a).

As estatísticas dos acontecimentos de vida negativos focam-se principalmente nas situações de abuso físico, sexual, negligência e abandono, descurando a vivência de abuso psicológico, separações temporárias ou definitivas, problemas familiares e determinadas circunstâncias de vida adversas. Estas estatísticas apresentam-se como algo bastante importante, na medida em que o trauma experienciado, até ao mais

modesto evento adverso de âmbito negativo pode ter duradouros efeitos negativos (Smyth, Heron, Wonderlich, Crosby, & Thompson, 2008).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2009) tem vindo a salientar que muitas crianças não têm um ambiente protector que é imprescindível para a protecção de violência, abusos, exploração, discriminação e negligência. Estima-se que entre 500 milhões a 1,5 biliões de crianças são expostas anualmente à violência tendo consequências perniciosas, principalmente problemas de saúde física e mental.

Numa publicação recente sobre maus-tratos a crianças é referido que, por ano, pelo menos 4% das crianças de países industrializados são vítimas de abuso físico e que uma em cada dez é vítima de negligência e abuso psicológico. As crianças vítimas de abuso encontram-se mais vulneráveis a defrontar-se com múltiplas dificuldades, nomeadamente, questões de saúde mental, baixo desempenho escolar, abuso de substâncias, problemas de relacionamento e a possibilidade de na vida adulta praticarem violência (UNICEF, 2009).

De acordo com dados oficiais recentes, durante o ano de 2010, nos EUA, foram estimadas 772 mil crianças que foram identificadas como vítimas de abuso e negligência. Relativamente à prevalência dos tipos de maus-tratos os mais citados foram a negligência, o abuso físico, o abuso sexual e, por último, o abuso psicológico. Estima-se que 1.740 das crianças morreram devido a abuso ou negligência (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Segundo um relatório recente, publicado em 2009, pela Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens (CPCJ), em Portugal, as problemáticas dominantes nos processos instaurados foram a negligência (36.2%), seguindo-se a exposição a modelos de comportamento desviante, os maus-tratos psicológicos (17.4%) e os maus-tratos físicos (7%) (CPCJ, 2009).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009) relativamente ao ano de 2008, existe um total de 181 menores sob protecção dos colégios de acolhimento, educação e formação e centros educativos. Relativamente ao movimento de processos tutelares a menores evidencia-se que a 31 de Dezembro de 2008 estavam pendentes nos tribunais portugueses 1263 processos por infracções a menores de natureza penal e 8513 de outros processos tutelares.

Segundo um estudo realizado por Alberto (2010) em Portugal, com 182 crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre 10-15 anos, constatou-se que no grupo que experienciou situações de maus-tratos 26 raparigas foram vítimas de abuso físico e/ou sexuais, 29 raparigas foram vítimas de negligência e/ou abandono e 5 rapazes e 8 raparigas foram vítimas de maltrato conjugado, i.e., negligência conjugada com situações de abuso físico ou sexual.

Desta amostra as crianças que experienciaram situações de maus-tratos pertenciam a um estatuto socioeconómico baixo, a famílias numerosas e com níveis de escolaridade mais baixos comparativamente ao grupo de controlo. Relativamente ao que concerne às características familiares existe uma elevada representatividade de problemas familiares, nomeadamente o alcoolismo, a prostituição, as famílias monoparentais (só a mãe) e a existência de um padrasto, sendo estas as situações mais frequentes (Aberto, 2010).

As experiências de trauma na infância também têm sido investigadas em amostras clínicas de indivíduos com perturbações do comportamento alimentar. Num estudo realizado com adolescentes com perturbações do comportamento alimentar verificou-se que um número elevado de sujeitos experienciou abuso psicológico na infância (65.8%), 53.4% relataram abuso físico, 30.1% abuso sexual, 46.6% negligência emocional e 74.0% negligência física (Kong & Bernstein, 2009).

Face à elevada prevalência e incidência de experiências adversas na infância e as suas consequências a curto, médio e longo prazo na saúde mental das suas vítimas e na eclosão das perturbações do comportamento alimentar no início da idade adulta é imprescindível explorar e caracterizar os diversos acontecimentos de vida e as suas consequências na saúde do sujeito.

2.3. Impacto dos acontecimentos de vida negativos na infância na idade adulta

A infância afigura-se como uma fase do desenvolvimento fundamental para a construção e crescimento do ser humano. Nesta trajectória desenvolvimental as experiências vividas pelo indivíduo vão sendo integradas na sua história de vida e vão influenciando significativamente o sujeito, tanto a nível físico, como cognitivo, emocional, comportamental e social.

Os acontecimentos traumáticos que ocorrem na infância podem ter consequências nefastas na vida adulta porque o ser humano encontra-se numa fase formativa, com fracas defesas psicológicas e por isso vulnerável (Vaz, 2007). As múltiplas experiências adversas ocorridas durante idades precoces, tendo em conta a sua frequência e impacto, de âmbito positivo ou negativo, apresentam um determinado significado ao longo da vida, influenciando a saúde física e mental do sujeito na infância, adolescência e idade adulta (Brás, 2008).

O impacto dos acontecimentos negativos a longo prazo pode apresentar um efeito fortalecedor que se traduz no ganho de experiências de aprendizagem que podem ser utilizados mais tarde na vida, ou pelo contrário, um efeito sensibilizador, em que a experiência de aprendizagens negativas prévias pode contribuir para o desenvolvimento de uma perturbação psiquiátrica (Pires & Moreira, 2005).

Neste sentido, diversos autores têm colocado o seu foco de interesse nos efeitos negativos da vivência de experiências adversas na infância e as suas repercussões na saúde física e mental na idade adulta (Felitti et al., 1998; Floen & Elklit, 2007; Gibb, Chelminski, & Zimmerman, 2007; Schilling, Aseltine, & Gore, 2007; Silva & Maia, 2008; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Ramiro, Madrid, & Brown, 2010). A presente investigação, contudo, apresenta como foco de estudo as consequências a curto, médio e longo prazo dos acontecimentos considerados negativo vividos em idades precoces, que têm repercussões na saúde mental do sujeito ao longo da vida, colocando a sua ênfase no desenvolvimento posterior das perturbações do comportamento alimentar na idade adulta.

Segundo os autores do *Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)* as experiências adversas durante a infância são muito diversas e incluem o experienciar até aos 18 anos algum tipo de abuso físico, psicológico e/ou sexual, crescer num ambiente familiar disfuncional - caracterizado pela presença de membros consumidores de substâncias, membros que já estiveram ou estão presos, familiares com doença mental ou que estão institucionalizados devido à doença, mãe maltratada, famílias monoparentais, pais divorciados ou ser órfão - e/ou ser negligenciado a nível físico ou emocional (Felitti et al., 1998).

Podemos concluir assim que os acontecimentos negativos ocorridos na infância são diversificados e podem incluir situações de separações e perdas, abuso físico e sexual, abuso psicológico, negligência, ambiente familiar disfuncional e condições de vida adversas (Brás & Cruz, 2008).

Segundo Felitti e colaboradores (1998) os indivíduos que tiveram quatro ou mais categorias de exposição a acontecimentos adversos na infância tem maior probabilidade para o risco de alcoolismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, comportamento sexual de

risco, obesidade, humor depressivo e tentativas de suicídio em comparação com os indivíduos que não tinham experienciado nenhum tipo de evento adverso.

Numa amostra total composta por sujeitos com diversos diagnósticos psiquiátricos, 91% dos sujeitos historiaram que haviam sido expostos a pelo menos um acontecimento traumático durante o curso da sua vida e 69% relataram exposição repetida a acontecimentos traumáticos durante um longo período de tempo. As experiências traumáticas mais frequentes foram a agressão física, a negligência em idades precoces, o testemunho de situações em que alguém fica gravemente ferido ou morre, a vivência de experiências aterrorizantes, experiências de combate e catástrofes naturais ou incêndios (Floen & Elklit, 2007).

Num outro estudo realizado por Schilling e colaboradores (2007) os acontecimentos negativos ocorridos na infância mais frequentemente referidos foram a separação dos pais. Dos sete sujeitos entrevistados pelo menos um relatou a vivência de desemprego de um dos pais, um dos pais com problemas de alcoolismo e abuso de substâncias e o testemunho de violência ou morte. As raparigas apresentaram pontuações mais elevadas de abuso sexual e os rapazes tentativas de agressão. Por sua vez, as raparigas também apresentaram pontuações mais elevadas de maus-tratos físicos e negligência, no entanto, os rapazes apresentaram uma maior percentagem de assistir a violência e homicídio, abuso físico e o ser ameaçado e mantido em cativeiro ou sequestrado.

As experiências vivenciadas na infância também têm sido associadas a comportamentos de risco para a saúde e doenças crónicas na vida adulta. Os resultados demonstraram que 75% dos inquiridos apresentaram pelo menos uma exposição a experiências adversas na infância e 9% tinham experienciado quatro ou mais tipos de abuso ou disfunção familiar. O tipo mais comum evidenciado foi o abuso psicológico, a

negligência física e a negligência psicológica das necessidades básicas. As consequências comportamentais de risco para a saúde foram principalmente o tabagismo, o abuso de álcool e os comportamentos sexuais de risco (Ramiro et al., 2010).

Estudos realizados no âmbito dos acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância têm apresentado diferentes perturbações psicopatológicas que têm sido etiológicamente associadas à vivência de acontecimentos negativos com repercussões na saúde mental dos sujeitos na idade adulta, tais como, a perturbação da personalidade *borderline* (Igarashi et al., 2010; Afifi et al., 2011), a perturbação pós-*stress* traumático (Grassi-Oliveira & Stein, 2008; Alberto, 2010), a fobia social (Gibb et al., 2007), a ideação/conducta suicida (Yang & Clum, 1995; Andover, Zlotnick, & Miller, 2007), as perturbações do sono (Koskenvuo, Hublin, Partinen, Paunio, & Koskenvuo, 2010), o abuso de substâncias (Khoury, Tang, Bradley, Cubells, & Ressler, 2010) e a eclosão das perturbações alimentares (Mercado, Martínez-Taboas, & Pedrosa, 2008; Kong & Bernstein, 2009; Fischer et al., 2010).

No entanto, vários estudos empíricos têm sugerido que nem todas as crianças abusadas tendem a experienciar problemas de saúde mental na vida adulta, tendo assim a capacidade de adaptar-se face ao trauma e à adversidade, denominando-se de resilientes (Mancini & Bonanno, 2006; Collishaw et al., 2007). A resiliência tem sido definida como a arte de adaptação do sujeito a situações de vida adversas, compreendendo as dimensões biológicas e sociopsicológicas, que possibilitam ao indivíduo desenvolver as capacidades relacionadas aos recursos internos e externos, que permitem uma construção psíquica adaptativa (Anaut, 2005; Rutter, 2007).

Associado ao conceito de resiliência surge inerentemente o estudo dos factores protectores que estão na base da adaptação positiva das crianças que vivem

acontecimentos de vida negativos. Os estudos têm demonstrado que a protecção resulta não só de variáveis genéticas e constitucionais, do suporte social do meio intrafamiliar e extrafamiliar, mas também da disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos suportes sociais (Anaut, 2005; McLewin & Muller, 2006), bem como, da existência de uma vinculação segura (McLewin & Muller, 2006).

Num estudo realizado por Collishaw e colaboradores (2007) os resultados demonstraram que o abuso na infância foi associado ao aumento de psicopatologia tanto na adolescência como na idade adulta, no entanto, cerca de metade dos indivíduos abusados não apresentou problemas de saúde mental na vida adulta. A resiliência nestes casos foi associada à percepção dos cuidados parentais, ao relacionamento com os pares, à qualidade dos relacionamentos amorosos e às estruturas de personalidade.

Alguns autores têm salientado ainda que as situações de abuso não ocorrem unicamente na infância postulando que estas também ocorrem na idade adulta. O facto de um determinado indivíduo ter sido vítima de abuso na infância durante um longo período de tempo aumenta a probabilidade de no futuro tornar-se um pai ou mãe maltratante, designando-se este fenómeno de transmissão intergeracional do abuso infantil (Azevedo & Maia, 2006b).

Paiva e Figueiredo (2005) incidem o foco de interesse no abuso que ocorre no contexto do relacionamento íntimo entre jovens adultos universitários. Concluíram que a agressão psicológica é a forma de abuso mais prevalente e que os homens perpetraram mais coerção sexual mas são mais vítimas de abuso físico, com sequelas, do que as mulheres. Recentemente a investigação sobre esta temática tem-se expandido a noutros grupos específicos como é o caso particular dos grupos mais jovens (Caridade & Machado, 2006).

Neste sentido, tendo em conta os diversos acontecimentos de vida negativos explanados na literatura que podem ocorrer na infância evidencia-se a necessidade de abordar cada tipo de acontecimento de vida negativo em particular, descrevendo a respectiva definição, características e consequências na saúde mental a curto e longo prazo.

2.3.1. Separações e perdas.

A perda de uma figura significativa na infância constitui um acontecimento de carácter não normativo para o desenvolvimento psicológico que pode influenciar a trajetória desenvolvimental do sujeito e ser associado a perturbações psicopatológicas.

As questões não normativas da vinculação compreendem os acontecimentos de vida que incluem as rejeições, as ameaças e as perdas. As rejeições e as ameaças podem ter um efeito patogénico no desenvolvimento da personalidade (Bowlby, 1989) e, por sua vez, as perdas podem surgir associadas à psicopatologia, quando após a perda subsistem condições ambientais adversas (Bowlby, 1973/1984b).

Bowlby (1973/1984b) utiliza as palavras “separação” e “perda” quando a figura de vinculação se encontra inacessível temporariamente (separação) ou permanente (perda). Segundo este autor, muitos relatórios clínicos têm demonstrado que as experiências de separação sucedidas no passado imediato e em anos anteriores, desempenham um papel significativo no surgimento de múltiplas condições clínicas.

A criança perante a separação de uma figura significativa manifesta angústia e aflição e o comportamento desta apresenta três fases: a fase de protesto, em que a criança tenta a todo o custo recuperar a figura de vinculação, a fase de desespero de reaver essa figura, e a fase de desapego que funciona como defesa. Mesmo perante

separações consideradas breves, embora constantes, a criança apresenta uma elevada sensibilidade e uma angústia constante (Bowlby, 1973/1984b; Marcelli, 1998; Marcelli, 2005).

De acordo com Marcelli (1998) a perda pode ser real e ter resultados duradouros, como por exemplo, o falecimento de um ou ambos os pais, de um irmão ou de um adulto significativo para a criança, e a separação brutal e completa, i.e., por desaparecimento de uma das pessoas próximas (separação dos pais ou partida de um irmão), ou por afastamento da própria criança em casos de hospitalização ou institucionalização.

Estudos retrospectivos sobre a separação e perda mostram que as crianças que se encontram na meia-infância são aquelas que se tornam mais vulneráveis às dificuldades quando adultas (Pires & Moreira, 2005). As separações ocorridas podem ser breves e inócuas não suscitando qualquer consequência adversa, ou podem ter consequências negativas, dependendo da qualidade da relação com a pessoa significativa, das características da própria criança e das características dos prestadores de cuidados.

Actualmente têm existido maiores evidências empíricas que relacionam a qualidade da vinculação e os problemas de saúde mental (Soares, Carvalho, Dias, Rios, & Silva, 2009). A teoria do apego proveniente dos trabalhos de John Bowlby (eg. 1969; 1973; 1980) tem recebido uma maior atenção dos clínicos e investigadores que procuram uma compreensão relacional entre a vinculação e as perturbações do comportamento alimentar (Zachrisson & Skarderud, 2010). De uma forma geral, os estudos realizados têm encontrado relações significativas entre a vinculação insegura e esta forma de psicopatologia (Ward et al., 2001). São vários os autores que têm sugerido uma ligação entre as perturbações precoces na relação pais-criança e a surgimento de perturbações do comportamento alimentar na idade adulta, nomeadamente um dos

factores de risco para a anorexia nervosa constitui a perda de uma figura significativa (Halmi, 2005).

2.3.2. Negligência.

A negligência é um conceito heterogéneo (Straus & Kantor, 2005) que consiste numa forma de violência passiva (Alberto, 2010). Este conceito tem sido definido como uma falha sucessiva de atender às necessidades de desenvolvimento da criança e que são da responsabilidade do cuidador (Straus & Kantor, 2005).

A negligência é uma forma de mau-trato frequente (Straus & Kantor, 2005), entre os pais e os filhos, e que não está relacionado com o abandono ou rejeição total (Alberto, 2010). Neste tipo de mau-trato os pais não assumem as suas funções de cuidador não respondendo às necessidades básicas da criança a vários níveis: alimentação, cuidados médicos, educação, afectivo e social, necessidades estas que são imprescindíveis para o desenvolvimento e crescimento saudável das crianças (Canha, 2003; Cerdá, 2003; Alberto, 2010).

Nas situações de negligência podem não ser satisfeitas quer as necessidades biológicas (eg. saúde, alimentação, higiene), bem como, as necessidades psicológicas (eg. afecto, educação, comunicação, lúdica) da criança (Cerdá, 2003; Alberto 2010). As situações de negligência podem assim ser distintas em biológicas/físicas e psicológicas.

A negligência pode ocorrer de modo consciente por parte das figuras significativas ou de modo inconsciente decorrente da falta de informação ou formação, manifestação de ignorância, pobreza ou incompetência parental para responder às necessidades da criança (Azevedo & Maia, 2006a).

A curto e longo prazo esta forma de mau-trato conduz ao aparecimento de danos físicos e/ou psicológicos na criança como consequência da falta de cuidados básicos, supervisão e privação dos elementos imprescindíveis para o desenvolvimento físico, emocional e intelectual (Cerdá, 2003). É comumente descrita a ocorrência de acidentes repetidos, quedas ou intoxicações, podendo conduzir à morte e ter consequências negativas e irreversíveis profundas ao nível do desenvolvimento neurológico (Canha, 2003).

Um estudo realizado por Reigstag, Jørgensen e Wichstrøm (2006) com uma amostra clínica de psiquiatria infantil, foi observado que o grupo vítima de negligência apresentava uma maior tendência para o consumo de drogas, auto-mutilação e o surgimento de sinais psicossomáticos como, por exemplo, dores de cabeça e abdominais. Os indivíduos vítimas de negligência apresentaram ainda maior número de diagnósticos de depressão, perturbações do comportamento alimentar (Reigstag et al., 2006), comportamento anti-social e baixo desempenho escolar (Chapple & Vaske, 2010).

2.3.3. Abuso sexual, físico e psicológico.

O abuso infantil é um fenómeno complexo que se manifesta de diferentes formas consoante o tipo ou tipos de abuso de que a criança é vítima – sexual, físico e psicológico - e que pode produzir efeitos nefastos de maior ou menor gravidade de acordo com o grau ou intensidade, frequência, duração e idade das suas vítimas.

Existe frequentemente comorbilidade entre os diferentes tipos de maus-tratos, i.e., os maus-tratos tipicamente não ocorrem de forma isolada, por exemplo, as crianças que experienciaram abuso sexual encontram-se em elevado risco para outras

experiências negativas na infância (Machado, Gonçalves, & Vila-Lobos, 2002; Hornor, 2010; Ramiro et al., 2010). No entanto, é sugerido que as diferentes formas de abuso podem ter diferentes efeitos no desenvolvimento da criança o que tem enfatizado a necessidade de analisar as diferentes formas de abuso de modo isolado (Lau et al., 2005).

O abuso na infância implica inúmeros riscos para o desenvolvimento da criança, não somente no momento em que ocorrem, mas também ao longo do seu período de desenvolvimento (Azevedo & Maia, 2006a) com consequências a nível neurobiológico, físico, psicológico e comportamental. Tendo em conta o número crescente de situações de abuso é necessário referir as consequências dos diferentes tipos de abuso - sexual, físico e psicológico – na saúde da criança ao longo do tempo.

Ao nível das *consequências neurobiológicas* a vivência de maus-tratos na infância é uma experiência que pode afectar o curso normal do desenvolvimento e maturação cerebral, podendo originar diferenças na anatomia e funcionamento cerebral. Um acontecimento traumático numa criança, comparativamente ao adulto, tem um efeito muito mais grave porque a maturação cerebral ainda se encontra em organização e é dependente da informação recebida do meio ambiente para o fazer (Twardosz & Lutzker, 2010).

As experiências de abuso podem ainda afectar o desenvolvimento do sistema cerebral que regula as respostas ao *stress* e desta forma estas respostas podem assim ser desajustadas em termos de saúde mental ao longo da vida (Twardosz & Lutzker, 2010), bem como, ter importantes implicações na memória do sujeito das experiências emocionalmente stressantes (Goodman, Quas, & Ogle, 2009) e na capacidade de auto-regulação, sendo esta dificuldade muitas das vezes associada a uma menor tolerância à

frustração que leva o indivíduo a desenvolver comportamentos auto-destrutivos, perturbações alimentares e tentativas de suicídio (Vaz Serra, 2007).

Como *consequências ao nível físico* das situações de maus-tratos, tem-se constatado que o facto de ser vítima de abuso psicológico apresenta inúmeras consequências ao nível da saúde física do sujeito, nomeadamente, problemas de crescimento, queixas somáticas, problemas de saúde na idade adulta e elevada mortalidade (Hart, Binggeli, & Brassard, 1998). Segundo Springer, Sheridan, Kuo e Carnes (2007) o abuso físico na infância prevê problemas a nível somático e diagnósticos médicos, tais como, alergias, reumatismo, asma, problemas de circulação, pressão arterial elevada, problemas cardíacos, problemas no fígado e úlceras.

Ao nível das *consequências psicológicas*, tem-se verificado que os indivíduos que não apresentam história de abuso sexual manifestam níveis significativamente maiores de auto-estima e bem-estar emocional que os seus pares que foram abusados sexualmente (Ackardab & Neumark-Sztainer, 2003). As repercussões que os abusos podem ter a nível psicológico podem também ser a habilidade para regular e diferenciar as experiências afectivas, ou seja, dificuldades ao nível da modulação dos afectos, bem como, dificuldades em representar e processar informação socialmente relevante (Cicchetti & Toth, 2005).

Numa população de indivíduos com perturbação alimentar, crianças abusadas, particularmente as que experienciaram abuso sexual, encontram-se associados maiores níveis de depressão, ansiedade, problemas interpessoais (Carter et al., 2006), suicídio (Fullerton, Wonderlich, & Gosnell, 1995), abuso de substâncias (Wonderlich et al., 2001), comportamentos auto-lesivos (Claes & Vandereycken, 2007), impulsividade (Wonderlich et al., 2001), baixa auto-estima (Harper, Richter, & Gorey, 2009),

dissociação (Vanderlinden, Vandereycken, van Dyck, & Vertommen, 1993) e perturbação pós-*stress* traumático (Brewerton, 2007).

No que concerne às *consequências comportamentais*, podemos destacar os comportamentos disruptivos de internalização (depressão e perturbações alimentares) mais frequente nas raparigas e os de externalização (delinquência e abuso de álcool) mais frequentes nos rapazes (Echeburúa, 2009; Hornor, 2010).

Alguns estudos longitudinais sugerem que o abuso psicológico apresenta graves efeitos a longo prazo sobre o funcionamento humano, nomeadamente ao nível dos pensamentos interpessoais, da saúde emocional, das habilidades sociais, ao nível da aprendizagem e, por último, ao nível da saúde física (Hart et al., 1998). A vivência de abuso psicológico em idades precoces pode resultar em múltiplas consequências a longo prazo na criança vitimizada sendo relacionado com determinadas perturbações psicológicas na idade adulta, tais como, a depressão e a fobia social (Gibb et al., 2007). Este tipo de abuso parece ainda apresentar um papel fundamental na eclosão de perturbações do comportamento alimentar (Kennedy et al., 2007; Fischer et al., 2010).

O abuso sexual, físico e psicológico na infância têm assim sido evidenciados como factores de risco com repercussões no desenvolvimento normativo do sujeito, no entanto, existem ainda muitas outras variáveis, tal como, o ambiente familiar disfuncional que constitui também um importante factor de risco no posterior desenvolvimento psicopatológico do sujeito.

2.3.4. Ambiente familiar disfuncional.

O ambiente familiar apresenta um papel relevante no desenvolvimento físico, emocional, comportamental e cognitivo da criança, no entanto, muitos dos diferentes ambientes familiares em que as crianças se encontram inseridas não apresentam um funcionamento adequado para o seu crescimento adaptativo sendo denominados de disfuncionais.

O divórcio e/ou o conflito interparental têm sido considerados como acontecimentos de vida potencialmente negativos, que poderão originar mudanças nas relações de vinculação que os filhos estabelecem com cada uma das figuras parentais (Moura & Matos, 2008) e que produzem efeitos na emoções e comportamentos das crianças (Pires & Moreira, 2005).

A separação da díade parental conduz constantemente a um conjunto de mudanças nas experiências de vida diárias, no funcionamento familiar e nos relacionamentos interpessoais entre os membros da família (Moura & Matos, 2008). Os efeitos mais nefastos são verificados quando o conflito parental que antecede o divórcio é mais intenso, principalmente quando a própria criança se encontra incluída. Bem mais importante que o próprio divórcio é a natureza do desentendimento e o lugar da criança no seio desse desentendimento, este facto constitui um risco acrescido de eventuais evoluções patológicas (Marcelli, 1998).

A forma como o indivíduo lida com os acontecimentos deriva das opções psicológicas que percebe como disponíveis, i.e., numa situação de divórcio, a escolha entre os progenitores para co-habitar pode suscitar risco para o bem-estar da criança (Pires & Moreira, 2005). O divórcio parental não pode ser considerado como um acontecimento ou episódio único limitado por um determinado período temporal, mas

sim como uma sequência de acontecimentos de experiências que originam mudanças em todo o sistema familiar na sua íntegra (Moura & Matos, 2008). Uma criança que experiencia a separação ou divórcio dos progenitores tem repercussões ao nível do surgimento de distúrbios comportamentais, queixas hipocondríacas, angústia, anorexia, insónias e estados depressivos (Marcelli, 1998).

Segundo vários autores as mais comuns disfunções familiares experienciadas pelos sujeitos expostos a abuso na infância constituem a violência interparental e o abuso de álcool (Anda et al., 2002; Ramiro et al., 2010).

A violência interparental constitui um acontecimento negativo gerador de psicopatologia. De acordo com Sani (2003) a “exposição à violência” ou “testemunho de violência” são termos usados para caracterizar as experiências de ver, ouvir ou viver directamente situações de violência. As crianças podem testemunhar o abuso de forma directa a nível auditivo (eg. estar em algum lugar a ouvir) ou a nível visual (eg. ver as marcas da violência) sob diferentes formas, abuso verbal, abuso sexual e abuso físico (eg. empurrar, bater severamente ou fazer ameaças com armas).

A violência interparental crónica e recorrente ocorre principalmente no espaço físico da família, espaço este normalmente reconhecido pela criança como um ambiente de segurança e protecção. Como resultado do clima de violência entre os prestadores de cuidados os efeitos da exposição não são somente directos não se limitando apenas aos actos de violência praticados, mas também actos de omissão das necessidades consideradas básicas - biológicas e psicológicas – da criança (Sani, 2003).

Num estudo longitudinal realizado por Fergusson e Horwood (1998) foi sugerido que, a longo prazo, jovens expostos a elevados níveis de violência interparental poderão ter problemas no controlo de impulsos, tais como, abuso de substâncias e comportamento “hetero-agressivo”. Este estudo sugere que as

consequências da violência interparental podem depender também das características do perpetrador, uma vez que, a exposição à violência iniciada pelo pai está associada ao elevado risco de ansiedade, perturbações de comportamento e crime contra a propriedade, enquanto a exposição iniciada pela mãe surge, a longo prazo, ligada ao risco de dependência de álcool.

Segundo Ramiro e colaboradores (2010) existe uma co-ocorrência entre a violência doméstica e o abuso físico e sexual, bem como, muitas das crianças que viveram em ambientes familiares com membros portadores de doença mental e que abusavam de substâncias também alegam ser negligenciados psicologicamente.

Num estudo onde foram avaliadas mães e crianças foi observado que crianças com um ano de idade podem experienciar sintomas de trauma como resultado de ouvir ou testemunhar violência interparental (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson, & von Eye, 2006). Pelo contrário Sani (2006) refere que as crianças mais novas, sobretudo as mais imaturas, por vezes, poderão não ser afectadas pela exposição à violência familiar porque na maioria dos casos não compreendem a situação levando-os a escamotear o problema.

Os factores familiares, particularmente, a existência de membros da família com perturbações alimentares, depressão ou abuso/dependência de substâncias (álcool e drogas) têm sido identificados como factores de risco para a anorexia nervosa (Halmi, 2005).

O alcoolismo parental constitui um acontecimento negativo na infância que constitui um risco acrescido para o desenvolvimento de psicopatologia. Num estudo onde foi observada de que forma a convivência com pais alcoólicos poderá estar relacionada com o risco de alcoolismo e depressão na vida adulta dos filhos, concluiu-se que estes filhos têm maior probabilidade de desenvolver um padrão de alcoolismo e

depressão na vida adulta e que esta aumenta de acordo com o número de experiências adversas (Anda et al., 2002). Por outro lado, o alcoolismo parental também tem sido associado à bulimia nervosa nos filhos (Fairburn & Harrison, 2003).

Considera-se assim, de extrema importância, perceber o ambiente familiar em que a criança se encontra inserida de forma a permitir prevenir problemas ao nível da saúde mental do sujeito, de uma forma geral, e das perturbações do comportamento alimentar, de uma forma em particular.

2.3.5. Condições de vida adversas.

As condições de vida adversas incluem variáveis como os recursos económicos, os problemas a nível educacional, a história de doença do próprio e de outros membros da família, variáveis estas susceptíveis de influenciar o desenvolvimento do sujeito ao nível da saúde mental.

De um modo geral, os jovens de famílias com menores rendimentos e/ou baixa educação parental relataram maior número de vitimização sexual, maus-tratos na infância, o testemunhar violência familiar, outras violências maiores e vitimização não aversiva (pobreza, desemprego, alcoolismo e abuso de drogas por parte dos pais, falta de condições habitacionais e doença mental dos pais). A vitimização não aversiva pode a longo prazo aumentar o risco de doença mental na criança (Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2006).

A estrutura da família mediada por conflitos familiares ou questões relacionadas com os factores socioeconómicos (baixo estatuto socioeconómico, factores residenciais e desemprego dos pais) encontra-se associado ao risco de vitimização múltipla (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007).

O diagnóstico de uma doença, particularmente as patologias físicas crónicas, constitui um acontecimento de vida gerador de *stress*, potenciadores factores causais nas perturbações emocionais e de comportamento com repercussões profundas (Pires & Moreira, 2005).

As crianças de pais deprimidos constituem uma população de risco psiquiátrico (Marcelli, 2005). Bassani, Padoin, Philipp e Veldhuizen (2009) realizaram um estudo onde referem que uma em cada dez crianças com menos de 12 anos vive com um progenitor que tem uma perturbação psiquiátrica e uma em cada 6 reside num ambiente familiar onde um membro tem perturbações psiquiátricas, sendo o diagnóstico mais comum o abuso de substâncias. As crianças de pais com perturbações psiquiátricas apresentam um risco elevado de desenvolver perturbações psiquiátricas e têm elevados índices de problemas de comportamento e mortalidade.

Um outro aspecto imprescindível de examinar para o risco de desenvolvimento de psicopatologia e nomeadamente de futuras perturbações do comportamento alimentar é a história de doença do sujeito e de membros da família. A doença de membros da família, especialmente dos cuidadores parece exercer um efeito negativo na saúde mental das crianças ao longo do tempo.

Relativamente às perturbações do comportamento alimentar um dos factores de risco para a anorexia nervosa, em particular são os factores familiares, nomeadamente, o ter elementos na família com perturbações do comportamento alimentar (Halmi, 2005).

Os efeitos das perturbações alimentares das mães nas crianças demonstraram que as mães com perturbações alimentares apresentavam uma maior preocupação face aos hábitos alimentares e ao peso das suas filhas. Aos 5 anos de idade, estas crianças apresentaram um afecto negativo superior às crianças com mães sem perturbação alimentar e estes resultados demonstraram que estas crianças encontram-se perante um

maior risco de desenvolver mais tarde uma perturbação do comportamento alimentar (Agras, Hammer, & McNicholas, 1999).

Em suma, tendo em conta os diversos acontecimentos negativos que podem ser vivenciadas em idades precoces - Separações e Perdas, Negligência, Abuso Sexual, Físico e Psicológico, Ambiente Familiar Disfuncionais e Condições de Vida Adversas – torna-se necessário explorar o conjunto de estudos empíricos realizados no âmbito dos acontecimentos de vida negativos na infância e das perturbações do comportamento alimentar.

Capítulo III - Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e as Perturbações Alimentares

A melhor compreensão da etiologia das perturbações alimentares promoveu um aumento do conhecimento acerca dos factores identificados como factores de risco no que respeita ao desenvolvimento das perturbações alimentares nas crianças, adolescentes e jovens adultos (Kell et al., 2001; Schwartz & Brownell, 2001; Fairburn & Harrison, 2003; Halmi, 2005).

De um modo geral, os factores de risco frequentemente referidos na literatura para compreender a etiologia das perturbações alimentares são os factores sociais e culturais, que consiste principalmente na obsessão pela magreza existente nas sociedades ocidentais, os factores familiares, nomeadamente a dinâmica familiar baseados na rigidez e superprotecção e a existência de familiares com perturbações alimentares, os factores de risco individuais, ou seja, a vivência de certas experiências pessoais negativas, a baixa auto-estima, a insatisfação corporal entre outros, e ainda, os factores genéticos. No entanto, os estudos realizados sobre esta perturbação nem sempre se apresentam consensuais e muitas vezes são apenas vagamente relacionados com a investigação sobre as possíveis causas das perturbações alimentares (Poliy & Herman, 2002).

Os acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância constituem um dos factores de risco mais consensuais entre os autores enquanto preditores de perturbações no comportamento alimentar, ou seja, tem-se procurado compreender a relação entre os acontecimentos de vida negativos e o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar na idade adulta (Jonhson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002;

Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan, & Izgic, 2006; Briere & Scott, 2007; Kong & Bernstein, 2009).

Nos últimos anos, as investigações sobre os maus-tratos às crianças permitiram um avanço científico na compreensão da prevalência e impacto desta problemática. No entanto, apesar dos progressos conseguidos, muitos autores consideram que a ainda existe um longo percurso a percorrer, tendo em conta que ainda subsistem muitas questões por responder. Existem alguns factores que podem explicar as dificuldades existentes no avanço do estudo desta problemática nomeadamente, num primeiro momento, por se tratar de um problema complexo e multifacetado que acontece na intimidade de cada família, sendo difícil estimar a sua prevalência e incidência o que arrasta consigo dificuldades metodológicas, e num segundo momento, é um acontecimento de vida ainda muito escamoteado na sociedade actual e ainda assim de difícil definição (Azevedo & Maia, 2006b).

Estimar a prevalência ou a incidência de maus-tratos a crianças e adolescentes constitui um objectivo que tem nortado muitos estudos empíricos sendo utilizados principalmente duas metodologias distintas: alguns estudos procuram avaliar a presença de maus-tratos na infância através das histórias dos indivíduos na idade adulta, enquanto outros, baseiam-se em registos ou observação directa dos sujeitos. Tem sido constatado que a existência de experiências de abuso e negligência na infância têm sido relatadas por um levado número de indivíduos na idade adulta (Figueiredo, Paiva, Matos, Maia, & Fernandes, 2001) e por isso optamos no presente estudo por utilizar a primeira metodologia apresentada.

Estudos realizados demonstram que a maioria das crianças relatam a vivência de maus-tratos, sendo os tipos de maus-tratos mais frequentemente apresentados o abuso físico (87.5%), seguindo-se o abuso psicológico (64.3%) sob a forma de humilhações

verbais dirigidas às crianças, intimidação através de ameaças, aplicação de castigos exagerados e falta de atenção e afecto por parte dos cuidadores (Azevedo & Maia, 2006b).

A literatura empírica revela que a vivência repetida de traumas na infância apresenta uma grande variedade de consequências psicológicas na idade adulta, identificando-se vários tipos de traumas que incluem o abuso psicológico, físico e sexual, bem como, o testemunhar violência e negligência. Os estudos realizados têm encontrado maiores níveis de perturbação psicológica nos adultos que relatam experiências de abuso comparativamente aos adultos que não relatam tais experiências (Witkiewitz & Dodge-Reyome, 2000). Deste tipo de vivências, os abusos físicos, psicológicos e sexuais parecem representar importantes preditores de diversos tipos de psicopatologia na idade adulta (Sansone & Sansone, 2007).

Segundo Sansone e Sansone (2007) a exposição repetitiva a experiências abusivas na infância (eg. física, psicológica e sexual) intensifica o risco para o desenvolvimento da psicopatologia em geral na idade adulta, incluindo as perturbações do comportamento alimentar. No entanto, a forma como estas experiências precoces negativas influenciam a eclosão de perturbações alimentares na vida adulta ainda não se encontra completamente esclarecida, existindo alguma controvérsia (Kent & Waller, 2000) como pode ser observado seguidamente através dos estudos realizados sobre o tema.

De entre as experiências pessoais negativas que podem ser vivenciadas na infância destaca-se o abuso sexual. A relação entre o abuso sexual e as perturbações do comportamento alimentar tem sido altamente verificada (Connors & Morse, 1993; Zlotnick et al., 1995; Smolak & Murnen, 2002). No entanto, nem todos os estudos acerca do tema chegam a estes resultados, outros autores têm testado a hipótese do

abuso sexual constituir um factor de risco não específico para as perturbações alimentares, postulando que este se encontra associado ao aumento do risco da psicopatologia em geral (Welch & Fairburn, 1996; Schmidt, Humfress, & Treasure, 1998; Thompson & Wonderlich, 2004).

Também não existe um particular consenso no que se refere às consequências do abuso sexual de acordo com o tipo de perturbação alimentar, i.e., se alguns autores sugerem que o abuso sexual se encontra associado à bulimia nervosa (Beckman & Burns, 1989; Everill & Waller, 1995; Tobin & Griffing, 1996; Schmidt et al., 1998; Fairburn & Harrison, 2003) outros sugerem a anorexia nervosa (Halmi, 2005; Carter et al., 2006). A incongruência existente nos métodos utilizados para avaliar a psicopatologia alimentar e o abuso sexual nos estudos empíricos e as diferenças existentes ao nível do desenho da investigação podem explicar algumas das disparidades existentes nos resultados das investigações (Connors & Morse, 1993).

Alguns autores sugerem que existe uma associação entre a natureza do abuso sexual e os comportamentos purgativos (Hastings & Kern, 1994; Tobin & Griffing, 1995; Anderson, LaPorte, Brandt, & Crawford, 1997; Perkins & Luster, 1999; Gerko, Hughes, Hamill, & Waller, 2005; Rodríguez, Pérez, & García, 2005). Quando se comparam subgrupos de pacientes com perturbações alimentares, é frequentemente verificado que os pacientes com anorexia nervosa de subtipo purgativo têm maior probabilidade de relatar uma história de abuso sexual, antes do início da perturbação alimentar, do que os indivíduos com o subtipo restritivo da doença. Estes indivíduos podem ser mais vulneráveis a desenvolver comportamentos purgativos como estratégia de *coping* para lidar com os afectos emocionais negativos do abuso ajudando assim o sujeito a modular os estados internos negativos (Carter et al., 2006).

O abuso sexual na infância foi ainda associado ao desenvolvimento de uma personalidade patológica numa amostra de pessoas com bulimia nervosa. A história de abuso sexual na infância encontra-se assim associada a determinadas perturbações psiquiátricas em indivíduos com perturbação alimentar (Rorty, Yager, & Rossotto, 1994b).

Para além do abuso sexual outros factores de risco, sob a forma de AVN, têm sido investigados no desenvolvimento das perturbações alimentares como é o caso do abuso físico. Embora o abuso físico também tenha sido frequentemente explorado na história dos pacientes com perturbação alimentar, o seu papel ainda não é claro na etiologia desta doença (Welch & Fairburn, 1996; Rorty et al., 1994b; Rorty, Yager, & Rossotto, 1995; Schmidt et al., 1997; Nagata et al., 2001; Treuer et al., 2005).

Segundo alguns autores, o abuso físico tem sido associado a sujeitos com bulimia nervosa (Welch & Fairburn, 1996; McCarthy, Goff, Baer, Cioffi, & Herzog, 1994). Contrariamente a esta afirmação, Treuer e colaboradores (2005) sugerem que o abuso físico é mais frequentemente associado ao subtipo ingestão compulsiva/tipo purgativo da anorexia nervosa. No entanto, existem ainda autores que postulam que a prevalência de pacientes com perturbação alimentar que experienciaram abuso físico na infância é mínima descurando assim a existência de uma relação (Vanderlinden et al., 1993).

Embora o papel de algumas formas de abuso na infância, tal como o abuso sexual, tenha sido amplamente pesquisado na etiologia das perturbações do comportamento alimentar (Fullerton et al., 1995; Kent & Waller, 2000), outras formas de abuso em idades precoces têm sido largamente negligenciadas, nomeadamente o abuso psicológico (Hart et al., 1998; Kennedy et al., 2007). Esta negligência é em parte atribuível à dificuldade de sinalização e definição associada a esta forma de trauma

(O'Hagan, 1995; Kent & Waller, 2000), bem como, à importância dada às outras formas de abuso.

Existem evidências empíricas emergentes que postulam que o abuso psicológico está relacionado a atitudes e comportamentos alimentares perturbados na idade adulta (Kent et al., 1999; Witkiewitz & Dodge-Reyome, 2000; Fosse & Holen, 2006; Waller, Corstorphine, & Mountford, 2007; Fischer et al., 2010). Alguns estudos têm demonstrado que mulheres com bulimia nervosa apresentam níveis superiores de abuso psicológico na infância comparativamente a mulheres saudáveis, considerando assim esta forma de abuso um importante preditor da sintomatologia alimentar (Rorty et al., 1994b).

É evidente a importância de desenvolver um modelo explicativo para a relação entre o abuso psicológico e as perturbações do comportamento alimentar, de modo a que esta compreensão permita desenhar um quadro conceptual e prático e assim propor futuras direcções para a pesquisa e prática clínica (Kent & Waller, 2000; Kennedy et al., 2007).

Kent e Waller (2000) propuseram dois modelos distintos para explicar a natureza da relação entre o abuso psicológico e a patologia alimentar. O primeiro modelo propõe um papel directo causal do abuso psicológico sobre as perturbações alimentares, embora esta relação pode-se ser mediada por outras variáveis psicológicas e fisiológicas, tais como, a depressão, a ansiedade e a auto-estima que predis põem o indivíduo à perturbação alimentar. Por sua vez, o segundo modelo alternativo propõe que o abuso psicológico desempenha um papel moderador, influenciando o impacto de outros agentes causais ao invés de desempenhar um papel directo causal em si mesmo.

Esta segunda possibilidade é bastante relevante quando se considera a possibilidade do abuso psicológico moderar o impacto de outros tipos de trauma, i.e.,

pode-se supor que o abuso sexual e físico podem ter consequências patológicas mais severas quando ocorre num contexto onde existem relações emocionalmente prejudiciais (Kent & Waller, 2000).

Alguns estudos iniciais têm demonstrado que o fenómeno que relaciona o abuso psicológico e as perturbações alimentares é diferente dos outros tipos de trauma. Contudo os processos psicológicos que se encontram envolvidos nesta relação ainda não se encontram bem esclarecidos, alguns potenciais mediadores cognitivos e afectivos têm sido considerados, alguns autores colocam particular ênfase na baixa auto-estima e na ansiedade (Kent & Waller, 2000), enquanto outros sugerem que o impacto do abuso psicológico é mediado pela dissociação e pela ansiedade mas não pela depressão, e que a idade de início do abuso não constitui um factor moderador do impacto de qualquer tipo de trauma (Kent et al., 1999).

Deste modo, tendo em conta o mencionado, podemos concluir que embora o abuso psicológico esteja presente na história de mulheres que sofrem de perturbações alimentares esta relação ainda é considerada bastante complexa e mal compreendida (Kennedy et al., 2007) sendo aqui que o presente estudo apresenta parte da sua relevância.

A forte incidência das perturbações alimentares e a sua relação com os acontecimentos de vida negativos ocorridos em idades precoces motivou a realização do nosso estudo. O presente estudo pretende contribuir para um eventual aumento dos conhecimentos actuais relativos aos factores relacionados com a eclosão e manutenção das perturbações alimentares, colocando o foco de interesse nos acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância. Acreditamos que se existir uma avaliação mais sofisticada do fenómeno mais facilmente se poderão desenhar programas de intervenção

e prevenção eficazes e assim diminuir a morbilidade psiquiátrica assistida neste tipo de quadro clínico.

Poucos foram os estudos que incluíram todos os acontecimentos negativos que podem ser vivenciados na infância, considerando a sua frequência, impacto e severidade, na alimentação. Desta forma, pensamos que este estudo é pertinente. A identificação dos factores de risco e de protecção associados às perturbações do comportamento alimentar poderá constituir um modo de informação proeminente, quanto à sua etiologia e contribuir para um maior reconhecimento dos grupos de risco.

O maior conhecimento acerca desta patologia e da associação com os acontecimentos de vida negativos poderá contribuir para a elaboração de estratégias de reestruturação cognitiva mais eficazes e em simultâneo para uma maior sensibilização da comunidade em geral acerca das graves consequências psicológicas decorrentes dos maus-tratos infantis.

Capítulo IV – Objectivos e Questões de Investigação

A influência dos acontecimentos de vida negativos em idades precoces nas perturbações alimentares tem sido objecto de estudo no seio da comunidade científica. Motivados pelo estudo da etiologia das perturbações do comportamento alimentar que pensamos ser mal compreendida tivemos como principal preocupação compreender a relação dos acontecimentos de vida negativos e as perturbações do comportamento alimentar na idade adulta.

4.1. Objectivos

O *objectivo geral* da presente investigação consiste em perceber qual a relação existente entre os diferentes acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância – Separações e Perdas, Abuso Físico e Sexual, Abuso Psicológico e Ambiente Familiar Disfuncional - e a eclosão das perturbações alimentares na idade adulta. Procura-se entender assim, o tipo de contributo que um acontecimento de vida negativo possa ter na origem de uma perturbação alimentar.

4.2. Questões de investigação

Perante a revisão da literatura e os objectivos delineados foram colocadas as seguintes questões de investigação:

- Qual a possível influência da vivência precoce de acontecimentos de vida negativos (AVN) sobre a probabilidade do desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar?

- Que tipo de AVN é mais influente no desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar?
- Qual o AVN com mais frequência, impacto e severidade na população universitária?
- Existe alguma influência significativa da experiência precoce de acontecimentos de vida negativos e a insatisfação com a imagem corporal?
- Qual a prevalência de perturbações do comportamento alimentar em jovens adultos na Universidade do Algarve?

Capítulo V – Metodologia

A parte metodológica do presente estudo inicia-se com a exposição do desenho de investigação, seguindo-se a descrição da técnica de amostragem utilizada e a composição geral da amostra. Posteriormente, segue-se a apresentação dos instrumentos utilizados na avaliação das variáveis em estudo e, por último, os resultados das análises estatísticas realizadas para confirmar ou infirmar as respectivas questões de investigação.

5.1. Desenho da investigação

De uma forma pormenorizada o desenho do presente estudo inicia-se com uma exhaustiva revisão da literatura, na qual se procurou descrever o estado actual da investigação científica acerca do tema em estudo.

Posteriormente, foi delineado o objectivo geral e formuladas as questões de investigação que constituem o elemento fundamental do início de uma investigação e que permitem conduzir as fases posteriores. Seguidamente explanou-se o processo de definição da amostra, a caracterização geral da mesma, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e tratamento de dados.

Para a concretização dos objectivos realizou-se um estudo transversal, correlacional de tipo quantitativo. No estudo correlacional o investigador tem como objectivo explorar as relações entre variáveis com vista a conhecer a natureza das relações existentes entre estas (Fortin, 2003).

5.2. Amostra

5.2.1. Técnica de amostragem.

Para esta investigação foi recrutada uma amostra por conveniência, não estratificada e não probabilística. O tipo de amostragem não probabilística depende unicamente dos critérios colocados pelo investigador, apresentando portanto uma maior crítica relativamente à validade dos resultados, no entanto, apresenta a vantagem em função do tempo dispendido na organização da amostra (Sousa, 2009).

Os participantes da nossa amostra foram recrutados na Universidade do Algarve principalmente em espaços de leitura e em contexto de sala de aula. A aplicação dos instrumentos foi realizada por conveniência sendo os critérios de selecção ser estudante universitário e a disponibilidade para participar.

5.2.2. Caracterização geral da amostra.

Inicialmente a amostra era constituída por 336 participantes ($N=336$) estudantes da Universidade do Algarve, contudo foram excluídos 32 participantes por deixarem itens por responder, itens mal preenchidos ou mal respondidos. A amostra final passou a ser constituída por 304 participantes ($N=304$), 228 do género feminino (75%) e 76 do género masculino (25%), sendo a média de idades dos participantes do género masculino ($M= 22.74$; $DP= 6.200$) e do género feminino ($M= 21.66$; $DP= 4.367$). A média de idades da amostra total é de 21.93 anos com uma idade mínima de 18 e máxima de 53 e um desvio-padrão (DP) de 4.901.

Relativamente à naturalidade dos participantes constatou-se que 63.5% têm origem da zona sul de Portugal (abaixo do rio Tejo), 24.4% pertencem à zona norte e centro - (acima do Rio Tejo) - e 12.2% são de origem estrangeira.

O grau de habilitações literárias completas predominantes correspondeu ao nível de escolaridade secundária (71.4%), sendo a auto-avaliação do sujeito em relação ao seu percurso escolar classifica maioritariamente como “Bom” (57.9%).

Quanto ao estado civil verifica-se que a maioria dos participantes são solteiros (95.4%), enquanto 12 são casados (3.9%) e 2 são divorciados (0.7%), não se registando nenhum participante em condição de viuvez.

Quanto à identificação de com quem viveram até aos 12 anos de idade, os participantes revelaram que 94.7% da amostra viveu com os pais. Actualmente, constatou-se que 51% dos sujeitos vive com os pais, 20.1% com amigos, 10.2% com o conjugue ou namorado/a, 8.9% sozinho, 5.6% com familiares e 4.3% com outras pessoas.

Verificou-se ainda que mais de metade da amostra tem um irmão (51.0%) e 76.3% refere que os progenitores presentemente encontram-se casados e 23.7% separados ou divorciados.

Por último, 78.0% menciona que nunca realizou dieta e 22.0% que já realizou, mencionado ainda que 7.2% dos inquiridos já sofreu de uma perturbação do comportamento alimentar comparativamente a 92.8% da amostra. Relativamente à história de doença alimentar na família, 84.2% dos participantes referiu que nunca teve uma história de doença alimentar na família e 15.8% apresenta casos destes no seio familiar.

5.3. Instrumentos

Antes de realizar a recolha de dados, realizou-se uma pesquisa e análise dos instrumentos de investigação susceptíveis de avaliarem a relação entre as variáveis acontecimentos de vida negativos e perturbações do comportamento alimentar e optou-se por utilizar dois instrumentos de recolha de dados e um questionário de dados sócio-demográficos.

Deste modo, procedeu-se ao preenchimento de um protocolo de auto-resposta por parte dos sujeitos colaboradores na investigação que foi aplicado individualmente com a duração média de 30 a 40 minutos, constituído por três questionários tratando de questões acerca dos dados pessoais do sujeito, das perturbações do comportamento do alimentar e dos acontecimentos de vida negativos. Antes de se proceder à aplicação das medidas de recolha de dados foi entregue o consentimento informado de participação no estudo (Anexo A).

5.3.1. Questionário de dados pessoais.

Com a finalidade específica de caracterizar os participantes do estudo foi construído para o efeito um questionário de dados pessoais composto por 13 itens divididos em três partes distintas. A primeira parte pretende recolher informação social e demográfica sobre o sujeito; uma segunda parte dirigida a questões sobre os prestadores de cuidados e irmãos; e, por último, um grupo de perguntas, sobre a história de perturbações alimentares do sujeito e de membros da família (Anexo B).

O primeiro grupo intitula-se questionário sócio-demográfico e tem como objectivo recolher informação do indivíduo sobre a idade, sexo, naturalidade, estado

civil, habilitações literárias completas, classificação como aluno no percurso escolar, com quem viveu até aos 12 anos de idade e com quem vive actualmente.

O segundo grupo designa-se de questionário sobre os progenitores e irmãos e é constituído por questões relativas ao número de irmãos do próprio e à natureza da relação dos seus progenitores (casados ou divorciados/separados).

Por último, o terceiro grupo denomina-se de questionário relativo à história de perturbações alimentares que questiona o sujeito sobre a existência de dietas do próprio por razões de saúde e se já existiu alguma doença do comportamento alimentar deste ou de algum membro da família.

5.3.2. Inventário de perturbações do comportamento alimentar (EDI-2).

O Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2) de Garner (1984, 1990) foi adaptado para a população espanhola por Corral e colaboradores (1998) e traduzido por Nunes e Velez (2005) e tem como objectivo avaliar os níveis de sintomatologia relacionada com o comportamento alimentar - compreendendo as dimensões cognitivas e comportamentais - e como destinatários sujeitos com mais de 12 anos de idade (Corral et al., 1998) (Anexo C).

Este inventário é constituído por 91 itens, dos quais foram retirados 6 itens (13, 29, 36, 43, 52 e 63) correspondentes à subescala do perfeccionismo (Corral et al., 1998). Assim, foi apresentado aos participantes do presente estudo um questionário constituído por 85 itens com a finalidade de simplificar a aplicação do instrumento de forma a colmatar a sua administração de carácter moroso devido ao número de itens que seriam apresentados aos participantes.

Para avaliar as dimensões cognitivas e comportamentais o inventário apresentado abrangia 10 subescalas: Obsessão pela Magreza, Bulimia, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Desconfiança Interpessoal, Percepção Introceptiva, Medo da Adulter, Ascetismo, Impulsividade e Insegurança social.

A subescala Obsessão pela Magreza (itens 1, 7, 11, 15, 24, 30 e 45) pretende avaliar a manifestação clínica de um intenso impulso para emagrecer ou um medo intenso de ganhar peso que constitui uma característica essencial das perturbações alimentares. Os elementos chave desta subescala referem-se à preocupação com o peso, a dieta e o medo de engordar (Corral et al., 1998).

A subescala Bulimia (itens 4, 5, 27, 35, 42, 48 e 56) avalia a tendência para ter pensamentos incontroláveis sobre a comida ou comportamentos relacionados com a ingestão compulsiva de alimentos. A presença deste tipo de comportamentos é uma característica que permite realizar o diagnóstico de bulimia e diferenciar entre os diferentes tipos de anorexia, bulímica e restritiva (Corral et al., 1998).

A subescala Insatisfação Corporal (itens 2, 9, 12, 18, 29, 41, 50, 54 e 57) mede a insatisfação do sujeito com a forma do seu corpo de um modo geral ou com aquelas partes do corpo que normalmente preocupam os sujeitos que sofrem deste tipo de perturbação (estômago, ancas, coxas e nádegas). A insatisfação com o próprio corpo pode considerar-se comum em mulheres jovens dos países ocidentais, porém, quando atinge determinados extremos pode considerar-se como uma das características centrais das perturbações como a anorexia e a bulimia nervosa. Pode também considerar-se como um dos principais factores responsáveis pelo início e persistência de comportamentos dirigidos ao controlo do peso entre estes pacientes (Corral et al., 1998).

A subescala Ineficácia (itens 10, 17, 19, 23, 26, 34, 38, 39, 46 e 51) avalia o sentimento de incapacidade geral, insegurança, vazio, auto-depreciação e falta de

controlo sobre a própria vida. Conceptualmente esta subescala está estreitamente relacionada com uma baixa auto-estima ou uma auto-avaliação negativa. No entanto, esta subescala vai mais além destes constructos ao incluir sentimentos de vazio e solidão. Uma pontuação elevada nesta subescala evidencia um défice significativo de auto-estima devido a colocar intensos sentimentos de falta de adaptação (Corral et al., 1998).

A subescala Desconfiança Interpessoal (itens 14, 16, 22, 28, 32, 49 e 52) avalia o sentimento geral de alienação do sujeito e o seu interesse em estabelecer relações íntimas com o outro, bem como a própria dificuldade do sujeito para expressar sentimentos e pensamentos (Corral et al., 1998).

A subescala Consciência Introceptiva (itens 8, 20, 25, 31, 37, 40, 43, 47, 55 e 58) tem como objectivo avaliar o grau de confusão ou dificuldade para reconhecer e responder de forma adequada aos estados emocionais. Esta subescala relaciona-se também com a insegurança para identificar determinadas sensações corporais relacionadas com a fome e a saciedade (Corral et al., 1998).

A subescala Medo da Aduldez (itens 3, 6, 13, 21, 33, 36, 44, 53) tem como finalidade avaliar o desejo de voltar à segurança da infância. Segundo Crisp (1965, 1980 cit in Corral et al., 1998) a característica principal em pacientes com anorexia e bulimia nervosa é o medo das experiências psicológicas e biológicas relacionadas com o peso na idade adulta. Assim, a restrição alimentar consiste num mecanismo que permite evitar a maturidade psicológica e biológica, que significa uma regressão a um estado hormonal pré-púbere. Para o paciente esta regressão proporciona alívio face à confusão da adolescência e dos conflitos familiares.

A subescala Ascetismo (itens 60, 62, 65, 69, 72, 76, 80 e 82) avalia a tendência para procurar a virtude por meio de determinados ideais espirituais como a

autodisciplina, o sacrifício, a auto-superação e o controlo das necessidades corporais (Corral et al., 1998).

A subescala Impulsividade (itens 59, 61, 64, 66, 68, 71, 73, 77, 79 e 84) tem como propósito avaliar a dificuldade para regular os impulsos, particularmente, o abuso de drogas, a hostilidade, a agitação, a autodestruição e a destruição das relações interpessoais (Corral et al., 1998).

Por último, a subescala Insegurança Social (itens 63, 67, 70, 74, 75, 78, 81, 83 e 85) mede a crença de que as relações sociais são tensas, inseguras, incómodas, insatisfatórias e geralmente de escassa qualidade. Tem se presenciado com frequência que alguns pacientes com perturbação do comportamento alimentar experimentam falta de segurança e felicidade nas suas relações interpessoais (Corral et al., 1998).

Relativamente aos procedimentos de aplicação este inventário pode ser realizado individualmente ou em grupo num ambiente tranquilo e privado sendo solicitado aos participantes que indiquem, numa escala de 5 pontos, a frequência com que cada situação ocorre “nunca”, “raramente”, “por vezes”, “frequentemente”, “habitualmente” e “sempre” (Corral et al., 1998).

A pontuação de cada subescala é obtidas através da soma directa dos pontos atribuídos a cada um dos elementos que a constituem, cada elemento pode pontuar de zero a três, pontuando três nas respostas extremas de direcção sintomática “sempre”, dois pontos na resposta “habitualmente” e um ponto na resposta “frequentemente”, as outras três opções consideradas assintomáticas pontuam zero pontos. Quanto maior for a pontuação obtida em cada subescala maior a manifestação patológica do traço avaliado e para a obtenção de uma pontuação geral somam-se as pontuações obtidas nas diversas subescalas (Corral et al., 1998).

No que concerne às características psicométricas do presente inventário, no que se refere à consistência interna, o *alfa de Cronbach* é de 0.80 e os coeficientes de fiabilidade encontram-se entre os 0.83 e os 0.93 (Corral et al., 1998).

5.3.3. Inventário de acontecimentos de vida negativos (IAV_N).

O Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) tem como finalidade primordial identificar e avaliar a frequência, o impacto e a severidade das experiências de vida de âmbito negativo ocorridas em idades precoces (até aos 12 anos de idade) (Brás & Cruz, 2008) (Anexo D).

O inventário tem como destinatários jovens-adultos (18-30 anos) e adultos (30-50 anos) e foi construído a partir de sete categorias teóricas de AVN: as Separações de Pessoas Significativas, Negligência, Abuso Físico e Sexual, Abuso Psicológico, Ambiente Familiar Disfuncional, Condições de Vida Adversas e Problemas de Saúde (Brás & Cruz, 2008).

A categoria Separações de Pessoas Significativas compreende as Separações Intermitentes (a presença e a ausência de pessoas significativas não foi contínua), as Separações Prolongadas (separações superiores a 3 meses) e as Separações Definitivas (separações devido a morte ou abandono) (Brás & Cruz, 2008).

A categoria Negligência contempla dois tipos, a Negligência Física (recusa ou ineficiência em satisfazer as necessidades básicas, tais como, alimentação, vestuário, higiene e cuidados de saúde) e a Negligência Psicológica (recusa ou ineficiência em conceder atenção, carinho ou protecção apropriados) (Brás & Cruz, 2008).

A categoria Abuso Físico e Sexual são incluídas as Agressões Corporais Ligeiras (palmadas), Agressões Corporais Moderadas (murros, pontapés,) e Agressões

Corporais Severas (susceptíveis de originar sequelas ou traumatismos), bem como, episódios de Abuso Sexual (observação forçada de cenas sexuais, estimulação contrariada dos órgãos sexuais e relações sexuais forçadas) (Brás & Cruz, 2008).

A categoria Abuso Psicológico integra um conjunto de situações como a Depreciação (insultos por parte de outros que desvalorizam o sujeito), a Rejeição (ter sido vítima de abandono ou frieza emocional quando era suposto ocorrer o oposto), a Humilhação (desvalorização e depreciação das características do próprio geralmente em público), as Punições Desproporcionadas (castigos excessivamente severos relativamente à situação que põem em causa o bem-estar psicológico), as Exigências Desproporcionadas (ter sido sujeito a expectativas excessivamente elevadas e pressão psicológica) e as Ameaças Verbais ou Escritas à Integridade Física ou Psicológica (Brás & Cruz, 2008).

A categoria Ambiente Familiar Disfuncional incorpora os Conflitos Familiares entre Membros da Família Próximos (cuidadores e irmãos), as Separações e/ou Ameaças de Separação e o Abuso de Substâncias (álcool ou drogas) por parte dos cuidadores (Brás & Cruz, 2008).

A categoria Condições de Vida Adversas inclui as dificuldades a nível económico, os problemas educacionais, as mudanças de residência e de escola e a habitação sem condições adequadas (Brás & Cruz, 2008).

Por último, a categoria Problemas de Saúde compreende os Problemas de Saúde Físicos e/ou Psicológicos (depressão, perturbações de ansiedade) do próprio sujeito e nos familiares próximos (Brás & Cruz, 2008).

Relativamente aos procedimentos de aplicação, deve ocorrer num ambiente silencioso e tranquilo, com o máximo de privacidade possível, sendo pedido os sujeitos que indiquem de forma sincera quais os acontecimentos negativos que vivenciaram

antes dos 12 anos, referindo a frequência com que ocorrem (0-nunca, 1-raramente, 2-algumas vezes, 3-muitas vezes e 4-muitíssimas vezes) e o impacto que essas experiências tiveram no sujeito (1-nenhum impacto, 2-impacto negativo, mas também positivo, 3-ligeiramente negativo, 4-moderadamente negativo e 5-extremamente negativo). A aplicação do presente instrumento demora em média 8 minutos (Brás & Cruz, 2008).

A cotação do instrumento pode ser realizada através de três formas: a) avaliação independente da frequência e do impacto dos AVN; b) avaliação discriminada dos AVN por factores; e c) avaliação global da severidade dos AVN por índices (Brás & Cruz, 2008).

Numa análise inicial, o instrumento possibilita avaliar, de modo isolado, a frequência e o impacto dos acontecimentos, permitindo ter uma perspectiva esmiuçada da exposição dos sujeitos a determinados acontecimentos de vida até aos 12 anos, e seguidamente é exequível alcançar a severidade global dos mesmos (Brás & Cruz, 2008).

Continuamente ocorre uma segunda possibilidade de análise, em que a cotação do IAV_N pode centralizar-se na criação de 4 factores estatísticos, designadamente: Ambiente Familiar Adverso (itens 4, 5, 13, 16, 18, 19, 20, 23 e 25), Abuso Psicológico (itens 10, 11, 12, 14 e 15), Separações e Perdas (itens 1, 2, 3, 17, 21 e 22) e Abuso Físico e Sexual (itens 6, 7, 8 e 9). O item 24 não é abrangido por nenhum factor, sendo cada um destes factores obtidos através do somatório dos itens correspondentes, ao qual é posteriormente realizada a média aritmética dos respectivos itens (Brás & Cruz, 2008).

Por último, para se alcançar uma perspectiva da dimensão global da vivência de AVN, a cotação do IAV_N pode ser realizada de três formas distintas: Índice Global de

AVN, Índice de Presença de AVN e Índice de Severidade de AVN) (Brás & Cruz, 2008).

O Índice Global de AVN (IGA) corresponde ao cálculo da média aritmética de todos os índices, que podem variar entre o valor mínimo de zero e o valor máximo de 20, reflectindo de modo global a pontuação adquirida no instrumento (Brás & Cruz, 2008).

O Índice de Presença de AVN (IPA) consiste na contagem dos acontecimentos marcados como tendo sido experienciados (ou seja, frequência superior a zero), independentemente dos valores da escala de Frequência e de Impacto (Brás & Cruz, 2008).

Por último, o Índice de Severidade de AVN (ISA) entende-se como a avaliação da intensidade dos acontecimentos vividos ao nível da sua severidade, o qual se obtém através do somatório de todos os itens a dividir pelo IPA (Brás & Cruz, 2008).

Os estudos sobre a fidelidade do instrumento incluíram a análise da consistência interna (*alpha de Cronbach*) e da estabilidade temporal (através de teste/re-teste). O instrumento ostenta uma boa consistência interna, apresentando valores considerados satisfatórios, apresentando um *alpha de cronbach* de 0.90 considerado satisfatório. O coeficiente de correlação de *Pearson*, entre a população de teste re-teste demonstrou que à excepção da Negligencia Física e Habitação sem Condições, todos os pares de acontecimentos se encontram correlacionados de forma significativamente positiva revelando assim uma boa estabilidade temporal (Brás & Cruz, 2008).

5.4. Variáveis do Estudo

A variável independente corresponde à variável que não depende da investigação, a qual o investigador manipula para observar os efeitos produzidos nas variáveis dependentes (Sousa, 2009). No presente estudo, a variável dependente corresponde à tendência para o desenvolvimento de sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar, tendo em conta as suas categorias específicas (anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação alimentar sem outra especificação), medidas pelo Inventário EDI-2 constituído por diferentes subescalas (Obsessão pela Magreza, Bulimia, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Desconfiança Interpessoal, Percepção Introceptiva, Medo da Adulter, Ascetismo, Impulsividade e Insegurança Social).

Por sua vez, os acontecimentos de vida negativos consiste na variável independente do estudo que se apresenta sob a forma de quatro factores: Ambiente Familiar Adverso, Abuso Psicológico, Separações e Perdas e Abuso Físico e Sexual medidos pelo Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N).

As variáveis do Questionário de Dados Pessoais, particularmente as questões de cariz social e demográfico, dos prestadores de cuidados e irmãos e sobre a história de perturbações alimentares do sujeito e de membros da família são variáveis de caracterização do estudo.

5.5. Procedimentos

5.5.1. Procedimentos de recolha de dados.

O procedimento de recolha de dados consiste em recolher de forma sistemática a informação junto dos participantes, com o auxílio de instrumentos de medida para o objectivo que se propõe (Fortin, 2003).

O procedimento de recolha de dados, que corresponde à aplicação dos instrumentos imprescindíveis para o concretizar da investigação, ocorreu entre o período de tempo compreendido entre os dias 1 Janeiro a 31 de Março do presente ano.

Com a finalidade de obter autorização para o processo de recolha de dados foi redigida uma carta ao Exmo. Sr. Reitor da Universidade do Algarve onde constava um pedido de autorização para a colaboração no projecto de dissertação, explicando os objectivos da aplicação dos questionários e a garantia da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos (Anexo E).

Após a autorização reitoral foram contactadas algumas entidades orgânicas (Faculdades/ Escolas) e alguns docentes com o objectivo de planejar a recolha de dados em contexto de sala de aula. Posteriormente e em contexto de sala de aula foi aplicada a bateria de instrumentos no fim ou no início da aula de acordo com o planeado.

No momento anterior à aplicação dos instrumentos foi realizado um breve enquadramento da investigação, a natureza e os objectivos da investigação e o responsável pela sua realização. A aplicação dos instrumentos foi precedida do preenchimento do consentimento informado realizado pelos estudantes, recordando os direitos de confidencialidade e anonimato, o carácter não obrigatório da sua participação e a possibilidade de recusar participar ou desistir durante o preenchimento dos

instrumentos sem qualquer consequência negativa para o sujeito, bem como, a necessidade de responder com a maior sinceridade possível às perguntas colocadas.

Durante a aplicação o investigador encontrava-se disponível para responder a eventuais dúvidas que surgissem sobre o preenchimento. Por último, após a entrega dos questionários foram concedidas e esclarecidas todas as perguntas colocadas sobre a investigação.

Os questionários foram aplicados na seguinte ordem: Questionário de Dados Pessoais, Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) e Inventário das Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2). Na maioria dos casos o preenchimento de todos os instrumentos durou aproximadamente 30 minutos.

5.5.2. Procedimento e tratamento e análise de dados.

Depois de recolhidos os resultados brutos através dos instrumentos utilizados na investigação surge a necessidade de se proceder ao seu estudo para se poder obter inferências que irão ou não validar as questões de investigação (Sousa, 2009).

Numa primeira fase foi construída uma base de dados através da informação fornecida pelos instrumentos utilizados e do preenchimento dos referidos instrumentos tendo em conta os procedimentos de cotação indicados pelos respectivos autores. Seguidamente o tratamento dos dados recolhidos foi realizado com recurso ao *software* SPSS 19 (*Statistical Package for Social Sciences*).

Capítulo VI – Apresentação e Análise dos Resultados

Na parte empírica do estudo será apresentado a descrição exaustiva dos dados do estudo, e posteriormente os principais resultados obtidos.

6.1. Estatísticas descritivas do IAV_N: frequência, impacto e severidade

Através das estatísticas descritivas do IAV_N, que engloba os 25 itens correspondentes à escala de Frequência, escala de Impacto e Severidade dos AVN (produto da frequência e do impacto), foi possível observar quais os acontecimentos de vida, em média, mais frequentes e menos frequentes.

De acordo com a análise das estatísticas descritivas da **Escala de Frequência** pode-se observar que em média os acontecimentos mais frequentes antes dos 12 anos de idade são as Agressões Corporais Ligeiras ($M=1.29$; $DP=1.11$), as Depreciações ($M=1.27$; $DP=1.13$) e os Problemas de Saúde Físicos e/ou Psicológicos do Próprio ($M=1.15$; $DP=1.26$), contrariamente às situações menos frequentes que são o Abuso Sexual ($M=0.08$; $DP=0.37$), as Agressões Corporais Severas ($M=0.13$; $DP=0.55$) e a Habitação Sem Condições Adequadas ($M=0.14$; $DP=0.50$) (Anexo F – Tabela 1).

Relativamente às estatísticas descritivas da **Escala de Impacto** pode-se observar que os acontecimentos que apresentam um impacto mais adverso são a Depreciação ($M=2.23$; $DP=1.34$), os Problemas de Saúde Físicos e/ou Psicológicos entre os Familiares Próximos ($M=1.99$; $DP=1.22$) e os Problemas de saúde Físicos e/ou Psicológicos do Próprio ($M=1.98$; $DP=1.28$). Por sua vez, o Abuso Sexual ($M=1.10$; $DP=0.59$) os Problemas Educacionais ($M=1.11$; $DP=0.42$) e a Habitação Sem

Condições Adequadas ($M=1.13$; $DP=0.56$) correspondem às situações com menos impacto no sujeito (Anexo F – Tabela 2).

No que se refere às estatísticas descritivas referentes à **Severidade dos AVN** (produto da escala da frequência pela escala do impacto) constatou-se que os acontecimentos que apresentam uma maior severidade são as Depreciações ($M=4.03$; $DP=4.99$), os Problemas de Saúde Físicos e/ou Psicológicos do Próprio ($M=3.49$; $DP=5.063$) e os Conflitos entre os Familiares Próximos ($M=3.21$; $MD=4.988$) enquanto os acontecimentos que apresentam uma severidade menor foram o Abuso Sexual ($M=0.20$; $DP=1.089$), os Problemas Educacionais ($M=0.33$; $DP=1.224$) e Habitação Sem Condições ($M=0.35$; $DP=1.622$) (Anexo F – Tabela 3).

Posteriormente à análise descritiva dos itens do IAV_N - frequência, impacto e severidade - investigou-se as características descritivas dos factores e dos índices, que são explanados na seguinte tabela.

Tabela 1. Estatísticas Descritivas dos Factores e Índices do IAV_N (N=304)

Factores e Índices do IAV_N	M	DP	Máximo	Mínimo
Ambiente Familiar Adverso - F1	1.57	1.82	13	0
Abuso Psicológico – F2	2.67	3.31	20	0
Separações e Perdas – F3	1.46	2.23	13	0
Abuso Físico e Sexual – F4	1.11	1.94	15	0
IGA	1.77	1.75	12	0
IPA	15.00	10.99	75	1
ISA	2.63	0.84	5	1

De acordo com a Tabela 1, no que concerne às estatísticas descritivas dos quatro factores de IAV_N – Ambiente Familiar Adverso, Abuso Psicológico, Separações e Perdas e Abuso Físico e Sexual - o factor que obtém uma média mais elevada corresponde ao Abuso Psicológico ($M=2.67$; $DP=3.31$), seguidamente o Ambiente Familiar Adverso ($M=1.57$; $DP=1.82$), as Separações e Perdas ($M=1.46$; $DP=2.23$) e, por último, o Abuso Físico e Sexual ($M=1.11$; $DP=0.84$).

Relativamente aos três índices de IAV_N – Índice Global de AVN (IGA), Índice de Presença de AVN (IPA) e Índice de Severidade de AVN (ISA) – o índice que apresentou uma média mais elevada pertence ao Índice de Presença de AVN (M=15.00; DP=10.99), posteriormente o Índice de Severidade de AVN (M=2.63; DP=0.84) e, por último, o Índice Global de AVN (M=1.77; DP=1.75).

Tabela 2. Estatísticas Descritivas do Factor Abuso Psicológico do IAV_N

Factor do IAV_N – Abuso Psicológico	M	DP	Máximo	Mínimo
Depreciações	1.27	1.13	4	0
Rejeições	0.73	1.00	4	0
Humilhações	0.92	1.11	4	0
Punições Desproporcionadas	0.41	0.84	4	0
Exigências Desproporcionadas	0.76	1.06	4	0
Ameaças à Integridade	0.64	0.98	4	0

Tendo em conta, os resultados apresentados na tabela 2, referentes aos quatro factores e índices do IAV_N que demonstram que o Abuso Psicológico corresponde ao factor com a média mais elevada, procedeu-se à análise da estatística descritiva do presente factor constituído pelos seus cinco itens. Pode constatar-se no que respeita à estatística descritiva dos itens pertencentes ao factor Abuso Psicológico que o item que obtém uma média mais elevada corresponde às Depreciações (M=1.27; DP=1.13), seguindo-se as Humilhações (M=0.92; DP=1.11) e as Exigências Desproporcionadas (M=0.76; DP=1.06).

Tabela 3. Médias, Desvios-Padrão do IAV_N e Teste *t* de Student em Função da Natureza da Relação dos Progenitores

IAV_N- Factores e Índices	Casados (n=232)		Divorciados/ Separados (n=72)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Ambiente Familiar Adverso – F1	1.29	1.47	2.47	2.45	-3,87	0.000**
Abuso Psicológico – F2	2.32	2.95	3.78	4.09	-2,81	0,006
Separações e Perdas – F3	0.87	1.39	3.36	3.18	-6,44	0.000**
Abuso Físico e Sexual – F4	0.92	1.49	1.69	2.89	-2,16	0,034**
IGA	1.42	1.34	2.88	2.35	-5,04	0.000**
IPA	12.8	8.97	22.17	13.63	-5,49	0.000**
ISA	2.53	0.81	2.95	0.87	-3,82	0.000**

Como é possível observar na Tabela 3, foram encontradas diferenças significativas entre os valores médios entre a natureza da relação dos progenitores quanto às variáveis: Ambiente Familiar Adverso ($t=-3.87$; g.l.=87; $p=0.000$), Abuso Psicológico ($t=-2,81$; g.l.=95 $p=0.006$), Separações e Perdas ($t=-6.44$; g.l.=80 $p=0.000$), Abuso Físico e Sexual ($t=-2.16$; g.l.=83; $p=0.034$), Índice Global de AVN ($t=-5.04$; g.l.=86 $p=0.000$), Índice de Presença de AVN ($t=-5.49$; g.l.=91; $p=0.000$) e no índice de Severidade de AVN ($t=-3.82$; g.l.=302; $p=0.000$). Em todos os factores e índices mencionados obtiveram-se valores médios superiores na presença de progenitores divorciados ou separados, comparativamente aos casados.

6.2. Estatísticas descritivas do inventário de perturbações do comportamento alimentar

Tabela 4. Estatísticas Descritivas do EDI-2 (N=304)

	M	DP	Valores Normativos
Obsessão pela Magreza	3.51	4.79	5.5
Bulimia	1.03	2.12	1.2
Insatisfação Corporal	6.03	6.05	12.2
Ineficácia	2.42	3.85	2.3
Desconfiança Interpessoal	3.22	3.13	2.0
Percepção Introceptiva	4.36	3.63	3.0
Medo da Aduldez	6.05	4.29	2.7
Ascetismo	2.38	2.30	3.4
Impulsividade	2.51	3.49	2.3
Insegurança Social	4.23	3.50	3.3

Relativamente ao EDI-2 podemos verificar que as subescalas Medo da Aduldez (M=6.05; DP=4.29) e a subescala Insatisfação Corporal (M=6.03; DP=6.05) apresentaram os valores médios mais elevados face às outras dimensões do EDI-2. No entanto, a subescala Bulimia revelou o valor médio mais baixo (M=1.03; DP=2.12). Estes valores sugerem que apesar da existência de uma elevada insatisfação corporal ou medo da aduldez, os comportamentos bulímicos parecem não ser utilizados como estratégias de *coping* para lidar com as presentes situações (Tabela 4).

No que concerne aos valores normativos do EDI-2, podemos verificar através dos resultados obtidos na nossa amostra, que todas as subescalas se encontram dentro da norma, ou seja, não se afastam o suficiente da média da população para se considerar um comportamento anormal, excepto a subescala Medo da Aduldez que registou valores significativamente mais elevados (Anexo G).

Tabela 5. Médias, Desvios-Padrão do EDI-2 e Teste *t* de Student em Função do Género

EDI-2- Subescalas	Masculino (n=76)		Feminino (n=228)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Obsessão pela Magreza	2.33	3.96	3.90	4.99	-2.80	0.006**
Bulimia	0.90	1.81	1.08	2.22	-0.66	0.51
Insatisfação Corporal	4.71	5.18	6.47	6.26	-2.21	0.028**
Ineficácia	2.42	3.22	2.43	4.05	-0.01	0.99
Desconfiança Interpessoal	3.84	3.21	3.02	3.08	2.00	0.046**
Percepção Introceptiva	4.05	3.43	4.46	3.70	-0.84	0.40
Medo da Adultez	5.80	4.41	6.13	4.25	-0.58	0.56
Ascetismo	2.62	2.66	2.29	2.17	1.06	0.29
Impulsividade	1.86	2.97	2.72	3.63	-2.09	0.039**
Insegurança Social	4.54	3.42	4.13	3.53	0.88	0.38
EDI_Total	33.07	20.06	36.63	25.34	-1.25	0.21

Nota: Valores de significância (**) $p \leq 0,01$ e (*) $p \leq 0,05$; EDI_Total - Pontuação total no EDI (*Eating Disorders Inventory*).

Como é possível observar na tabela 5 com recurso à análise estatística realizada é possível sugerir existência de diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis do EDI-2: subescala Obsessão pela Magreza ($t=-2.80$; g.l.=160; $p=0.006$), observando-se uma média superior nos sujeitos do género feminino ($M=3.90$) comparativamente ao género masculino ($M=2.33$); na subescala que avalia a Insatisfação Corporal ($t=-2.21$; g.l.=302; $p=0.028$), com uma média mais elevada nos sujeitos do género feminino ($M=6.47$) comparativamente ao género masculino ($M=4.71$); na subescala Desconfiança Interpessoal ($t=2.00$; g.l.=302; $p=0.046$), presencia-se uma média mais elevada nos sujeitos do género masculino ($M=3.84$) comparativamente ao género feminino ($M=3.02$); e, por último, a subescala Impulsividade ($t=-2.09$; g.l.=156; $p=0.039$) verifica-se uma média mais elevada nos sujeitos do género feminino ($M=2.72$) comparativamente ao género masculino ($M=1.86$).

No entanto, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios entre os géneros quanto às variáveis: Bulimia ($t=-0.66$; g.l.=302; $p=0.51$), Ineficácia ($t=-0.009$; g.l.=302; $p=0.99$), Percepção Introceptiva ($t=-0.84$;

g.l.=302; $p=0.40$), Medo da Adulter (t=-0.58; g.l.=302; $p=0.56$), Ascetismo (t=1.06; g.l.=302; $p=0.29$), Insegurança Social (t=0.88; g.l.=302; $p=0.38$) e EDI_Total (t=-1.25; g.l.=161; $p=0.21$).

6.3. Relação entre os acontecimentos de vida negativos e as perturbações do comportamento alimentar

Para analisar a existência de possíveis relações entre os AVN em idades precoces e as Perturbações do Comportamento Alimentar na idade adulta utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*.

Tabela 6. Correlações de *Pearson* entre os AVN (Factores e Índices) e o EDI-2

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	IGA	IPA	ISA
Obsessão pela Magreza	0.122*	0.141*	0.087	-0.021	0.139*	0.116*	0.195**
Bulimia	0.002	0.123*	0.125*	-0.076	0.088	0.071	0.102
Insatisfação Corporal	0.056	0.095	0.093	-0.074	0.080	0.070	0.155**
Ineficácia	0.183**	0.332**	0.104	0.070	0.247**	0.213**	0.239**
Desconfiança Interpessoal	0.215**	0.335**	0.189**	0.179**	0.313**	0.300**	0.182**
Percepção Introceptiva	0.249**	0.292**	0.175**	0.119*	0.310**	0.279**	0.309**
Medo da Adulter	-0.002	0.50	0.133*	-0.035	0.064	0.040	0.143*
Ascetismo	0.217**	0.254**	0.101	0.109	0.256**	0.245**	0.179**
Impulsividade	0.262**	0.332**	0.182**	0.107	0.334**	0.283**	0.304**
Insegurança Social	0.273**	0.406**	0.169**	0.208**	0.377**	0.342**	0.297**
EDI_Total	0.231**	0.341**	0.203**	0.073	0.321**	0.283**	0.325**

Nota: Valores de significância (**) $p \leq 0,01$ e (*) $p \leq 0,05$; Factor 1 – Ambiente Familiar Adverso; Factor 2 – Abuso Psicológico; Factor 3 – Separações e Perdas; Factor 4 – Abuso Físico e Sexual.

De acordo com os resultados evidenciados na Tabela 6 através do coeficiente de *Pearson* entre os factores e índices do IAV_N e o Inventário de Perturbações Alimentares encontraram-se correlações positivas e significativas ($p \leq 0.01$ e $p \leq 0.05$).

O factor Ambiente Familiar Disfuncional encontra-se significativo e positivamente correlacionado ao **EDI_Total** ($r = 0.231$; $p = 0.000$), o que poderá sugerir que perante a presença de um ambiente familiar disfuncional maior será a tendência do sujeito para apresentar sintomatologia relacionada com o comportamento alimentar. Verificou-se também, uma correlação significativa entre os factores, Abuso Psicológico ($r = 0.341$; $p = 0.000$) e Separações e Perdas ($r = 0.203$; $p = 0.000$) e o EDI_Total, o que evidencia que a vivência de abuso psicológico em idades precoces, e o crescimento do sujeito num ambiente familiar disfuncional e a experiência de vida na infância de separações e perdas encontra-se associada a um maior nível de comportamentos alimentares patológicos.

A **subescala Obsessão pela Magreza** encontrou-se significativa e positivamente relacionada com os diversos factores dos IAV_N com excepção do factor Separações e Perdas ($r = 0.087$; $p = 0.129$) e o factor Abuso Físico e Sexual ($r = -0.021$; $p = 0.712$). Os três índices de AVN e os factores Ambiente Familiar Disfuncional e Abuso Psicológico apresentam-se significativa e positivamente correlacionados com a subescala Obsessão pela Magreza.

Na **subescala Bulimia** apenas o factor Abuso Psicológico e Separações e Perdas encontram-se significativamente e positivamente correlacionados, excluindo o factor Ambiente Familiar Adverso ($r = 0.002$; $p = 0.067$), o factor Abuso Físico e Sexual ($r = -0.076$; $p = 0.187$), bem como, os três índices de acontecimentos de vida negativos: Índice Global de AVN ($r = 0.088$; $p = 0.127$), Índice de Presença de AVN ($r = 0.71$; $p = 0.217$) e Índice de Severidade de AVN ($r = 0.102$; $p = 0.075$).

Relativamente à **subescala Insatisfação Corporal** esta apresenta-se apenas significativa e positivamente correlacionada com o Índice de Severidade de AVN, excluindo todos os factores Ambiente Familiar Adverso ($r = 0.056$; $p = 0.329$), Abuso

Psicológico ($r = 0.095$; $p = 0.099$) e Separações e Perdas ($r = 0.093$; $p = 0.105$) e Abuso Físico e Sexual ($r = -0.074$; $p = 0.198$), bem como o Índice Global de AVN ($r = 0.080$; $p = 0.162$) e o Índice de Presença de AVN ($r = 0.070$; $p = 0.222$).

Seguidamente a **subescala Ineficácia** encontra-se significativa e positivamente correlacionada com os diversos factor do IAV_N, bem como, com os três índices excepto o factor Separações e Perdas ($r = 0.104$; $p = 0.070$) e Abuso Físico e Sexual ($r = 0.070$; $p = 0.224$).

A **subescala Desconfiança Interpessoal** encontra-se significativa e positivamente correlacionada com todos os factores e índices do IAV_N. Por sua vez, a subescala **Percepção Introceptiva** encontra-se também significativa e positivamente correlacionada com todos os factores e índices de IAV_N.

A **subescala Medo da Aduldez** revela-se apenas significativa e positivamente correlacionada com o factor Separações e Perdas, excluindo os factores Ambiente Familiar Adverso ($r = -0.002$; $p = 0.976$), Abuso Psicológico ($r = 0.050$; $p = 0.385$) e Abuso Físico e Sexual ($r = -0.035$; $p = 0.539$). Relativamente aos diferentes índices apenas apresenta uma correlação significativa e positiva com o Índice de Severidade de AVN, contrariamente ao Índice Global de AVN ($r = 0.064$; $p = 0.266$) e ao Índice de Presença de AVN ($r = 0.040$; $p = 0.483$) que demonstram uma correlação não significativa.

Seguidamente a **subescala Ascetismo** apresenta uma correlação significativa e positiva com o factor Ambiente Familiar Adverso ($r = 0.217$; $p = 0.000$) e o Abuso Psicológico ($r = 0.254$; $p = 0.000$), excepto os factores de AVN Separações e Perdas ($r = 0.101$; $p = 0.078$) e Abuso Físico e Sexual ($r = 0.109$; $p = 0.057$). Quanto aos três índices de AVN apresenta-se significativa e positivamente correlacionada.

Na **subescala Impulsividade** evidencia-se uma correlação positiva e significativa com todos os factores e índices de AVN, excepto o factor Abuso Físico e Sexual ($r = 0.107$; $p = 0.061$) ao qual apresenta uma correlação não significativa. Por sua vez, a subescala Insegurança Social encontra-se também significativa e positivamente correlacionada com todos os factores e índices de AVN.

As correlações observadas entre o Abuso Psicológico na infância e as várias subescalas do EDI-2 indicam que este tipo de acontecimento precoce exerce uma maior influência no desenvolvimento de sintomatologia relacionada com as perturbações alimentares do que os outros tipos de acontecimentos avaliados ocorridos em idades precoces.

Primeiramente foi analisado o contributo dos diferentes tipos de AVN nas Perturbações do Comportamento Alimentar de modo global, e seguidamente o contributo dos mesmos nas diferentes dimensões do Inventário das Perturbações Alimentares. Para tal recorreu à técnica de regressão linear que permite descrever a relação entre variáveis (uma variável dependente e uma ou várias variáveis independente) possibilitando prever os valores da variável dependente a partir dos preditores.

O Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar permite obter uma pontuação total, bem como obter uma subdivisão das perturbações alimentares em dez dimensões: Obsessão pela Magreza, Bulimia, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Desconfiança Interpessoal, Percepção Introceptiva, Medo da Aduldez, Ascetismo, Impulsividade e Insegurança social. Tendo em conta as diferentes subescalas, procurou-se perceber de que forma se relacionam com os diferentes AVN ocorridos na infância.

Tabela 7. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e o EDI_Total (Método *Enter*)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.127	12.027	0.000

	β	t	p
Constante=28.04			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0.098	1.277	0.170
Abuso Psicológico – F2	0.319	4.716	0.000**
Separações e Perdas – F3	0.085	1.547	0.156
Abuso Físico e Sexual – F4	-0.138	-2.208	0.033**

O modelo de regressão apresentado na Tabela 7 demonstra que os AVN ocorridos na infância explicam 12,7% da variância da sintomatologia relativa à Perturbação Alimentar na idade adulta, realçando o papel significativo e positivo do Abuso Psicológico ($\beta=0.319$; $p=0.000$) e do contributo significativo e negativo do Abuso Físico e Sexual ($\beta=-0.138$; $p=0.033$).

Tabela 8. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Bulimia (Método *Enter*)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.036	3.851	0.005

	β	t	p
Constante=0.855			
Ambiente Familiar Adverso – F1	-0.066	-0.886	0.038**
Abuso Psicológico – F2	0.180	2.591	0.010**
Separações e Perdas – F3	0.125	1.995	0.047**
Abuso Físico e Sexual – F4	-0.151	-2.224	0.027**

Tendo em conta o modelo de regressão que permite incluir todas as variáveis referentes ao IAV_N, pode-se verificar que o conjunto de AVN ocorridos em idades precoces explica 3.6% da variância relativa à Perturbação Alimentar na idade adulta, sendo de realçar o contributo significativo e negativo das Situações: Ambiente Familiar Adverso ($\beta=-0.066$; $p=0.038$) e Abuso Físico e Sexual ($\beta=-0.151$; $p=0.027$) e o

contributo positivo do Abuso Psicológico ($\beta=0.180$; $p=0.010$) e das Separações e Perdas ($\beta=0.125$; $p=0.047$). Seguidamente, analisou-se o contributo dos AVN na explicação da variância da subescala Obsessão pela Magreza (Tabela 8).

Tabela 9. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Obsessão pela Magreza (Método Enter)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.026	2.985	0.019

	β	t	p
Constante=2.694			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0.115	1.542	0.124
Abuso Psicológico – F2	0.132	1.895	0.059
Separações e Perdas – F3	0.030	0.471	0.638
Abuso Físico e Sexual – F4	-0.146	-2.149	0.032**

O modelo de regressão apresentado na tabela 9 permite constatar que o conjunto de AVN durante a infância explica 2.6% da variância da sintomatologia relacionada com o Comportamento Alimentar na idade adulta, realçando o contributo negativo e significativo do Abuso Físico e Sexual ($\beta=-0.146$; $p=0.032$).

Tabela 10. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Insatisfação Corporal (Método Enter)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.020	2.564	0.038

	β	t	p
Constante=5.491			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0.054	0.721	0.472
Abuso Psicológico – F2	0.114	1.632	0.104
Separações e Perdas – F3	0.072	1.146	0.253
Abuso Físico e Sexual – F4	-0.170	-2.487	0.013**

Relativamente à subescala Insatisfação Corporal do EDI-2, os resultados demonstram que os AVN ocorridos na infância explicam 2% da variância relativas às

Perturbações do Comportamento Alimentar na idade adulta, sublimando o contributo negativo e significativo do Abuso Físico e Sexual ($\beta=-0.170$; $p=0.013$) como é demonstrado pela tabela 10.

Tabela 11. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Ineficácia (Método Enter)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.100	9,417	0.000

	β	t	p
Constante=1.431			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0,063	0.873	0.383
Abuso Psicológico – F2	0.340	5.073	0.000**
Separações e Perdas – F3	-0.015	-0.248	0.804

Em seguida, no que concerne à subescala do EDI-2- Ineficácia - os resultados sugerem que os AVN precoces explicam 10% da variância da Psicopatologia Alimentar, sendo de salientar o contributo significativo e positivo do Abuso Psicológico ($\beta= 0.340$; $p=0.000$), tal como pode ser observado na tabela 11.

Tabela 12. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a Desconfiança Interpessoal (Método Enter)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.107	10,096	0.000

	β	t	p
Constante=2.251			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0.017	0.238	0.812
Abuso Psicológico – F2	0.288	4.316	0.000**
Separações e Perdas – F3	0.074	1.225	0.221
Abuso Físico e Sexual – F4	0.026	0.404	0.687

Seguidamente em relação à subescala – Desconfiança Interpessoal – o conjunto de AVN na infância explicam 10.7% da variância das Perturbação Alimentar,

salientando contributo altamente significativo e positivo do Abuso Psicológico ($\beta=0.288$; $p=0.000$), tal como é observado na tabela 12.

Tabela 13. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Percepção Introceptiva (Método *Enter*)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.091	8.555	0.000

	β	t	p
Constante=3.259			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0.140	1.932	0.054
Abuso Psicológico – F2	0.227	3.362	0.001**
Separações e Perdas – F3	0.054	0.893	0.373
Abuso Físico e Sexual – F4	-0.066	-0.997	0.320

Continuamente em função subescala Percepção Introceptiva, os resultados observados na tabela 13 permitem verificar que os AVN na infância explicam 9.1% da variância das Perturbação Alimentar, sendo de enfatizar o contributo positivo do Abuso Psicológico ($\beta=0.227$; $p=0.001$).

Tabela 14. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Medo da Aduldez (Método *Enter*)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;229)	p
IAV_N	0.013	1.959	0.101

	β	t	p
Constante=5,806			
Ambiente Familiar Adverso – F1	-0.059	-0.784	0.434
Abuso Psicológico – F2	0.057	0.807	0.420
Separações e Perdas – F3	0.153	2.408	0.017**
Abuso Físico e Sexual – F4	-0.067	-0.973	0.331

No que concerne à subescala Medo da Aduldez do EDI-2, os resultados permitiram averiguar que os AVN ocorridos na infância explicam 1.3% da variância relativa ao Comportamento Alimentar perturbado, ostentando uma contribuição

significativa e positiva das Separações e Perdas ($\beta=0.153$; $p=0.017$) como é evidenciado pela tabela 14.

Tabela 15. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Ascetismo (Método Enter)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.063	6.125	0.000

	β	t	p
Constante=1.803			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0.137	1.870	0.062
Abuso Psicológico – F2	0.208	3.039	0.003**
Separações e Perdas – F3	-0.016	-0.256	0.798
Abuso Físico e Sexual – F4	-0.049	-0.734	0.463

Na tabela 15 os resultados indicam que os AVN na infância explicam 6.3% da variância dos níveis de Perturbação Alimentar, realçando a influência significativa e positiva do Abuso Psicológico ($\beta=0.208$; $p=0.003$).

Tabela 16. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Impulsividade (Método Enter)

Modelo 1	R ² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.118	11.120	0.000

	β	t	p
Constante=1,368			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0.145	2.033	0.043**
Abuso Psicológico – F2	0.282	4.248	0.000**
Separações e Perdas – F3	0.049	0.820	0.413
Abuso Físico e Sexual – F4	-0.103	-1.592	0.113

Em relação à subescala impulsividade do EDI-2, o conjunto de AVN ocorridos em idades precoces explicam 11.8% da variância da sintomatologia relacionada com a Perturbação Alimentar na idade adulta, salientando o contributo positivo do Ambiente

Familiar Adverso ($\beta=0.145$; $p=0.043$) e do Abuso Psicológico ($\beta=0.282$; $p=0.000$), tal como é evidenciado pela tabela 16.

Tabela 17. Regressão Linear entre os AVN (Factores) e a subescala Insegurança Social (Método *Enter*)

Modelo 1	R² Ajustado	F (4;299)	p
IAV_N	0.158	15.241	0.000

	β	t	p
Constante=2.957			
Ambiente Familiar Adverso – F1	0.070	0.999	0.319
Abuso Psicológico – F2	0.359	5.540	0.000**
Separações e Perdas – F3	0.011	0.193	0.847
Abuso Físico e Sexual – F4	0.012	0.193	0.847

Em relação à subescala Insegurança Social, na tabela 17 evidencia-se que os AVN na infância explicam 15.8% da variância da Perturbação do Comportamento Alimentar na idade adulta, demonstrado o contributo significativo e positivo das situações de Abuso Psicológico ($\beta=0.359$; $p=0.000$).

Capítulo VII – Discussão dos Resultados

Recordando que o presente estudo teve como principal finalidade identificar e compreender a relação entre os acontecimentos de vida negativos, vivenciados em idades precoces, e as perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de estudantes da Universidade do Algarve, procedeu-se de seguida à discussão dos principais resultados obtidos.

Na discussão dos resultados procurou-se apresentar uma reflexão sobre os resultados alcançados através do IAV_N e do EDI-2, particularmente ao nível das relações correlacionais e inferenciais entre os acontecimentos de vida negativos ocorridos em idades precoces e a sintomatologia relacionada com as perturbação do comportamento alimentar na idade adulta.

Inicialmente procuramos perceber os factores constituintes do IAV_N - Ambiente Familiar Adverso, Abuso Psicológico, Separações e Perdas e Abuso Físico e Sexual - mais frequentes na população universitária. Tendo em conta a análise dos resultados constatou-se que as situações relacionadas com Abuso Psicológico foram as mais frequentes comparativamente aos restantes factores. O abuso psicológico tem sido considerado por alguns autores como o maior preditor de futuras perturbações psicopatológicas mesmo quando avaliado conjuntamente com outras formas de abuso (McLewin & Muller, 2006).

Depois de uma análise mais global, sobre os factores em média mais frequentes na população universitária, procurou fazer-se uma análise da frequência, impacto e severidade de todos os acontecimentos negativos que podem ser vivenciados até aos 12 anos de idade de forma mais pormenorizada, com o objectivo de compreender que tipo

de acontecimento de vida negativo particular é mais vivenciado pela presente população na infância.

Pela análise estatística realizada foi possível observar que na população de estudantes da Universidade do Algarve os acontecimentos de vida negativos na infância (antes dos 12 anos de idade) mais frequentes foram as Agressões Corporais Ligeiras e a Depreciação (categoria: Abuso Psicológico). Estes resultados são corroborados pelos estudos que revelam que o abuso físico e o abuso psicológico constituem os tipos de maus-tratos mais frequentes na infância (Azevedo & Maia, 2006a; CPCJ, 2009). A investigação científica tem encontrado que entre os vários tipos de abuso que podem ocorrer em idades precoces o abuso psicológico constitui uma das mais comuns experiências de abuso vivenciadas na infância, sendo frequentemente observada através de insultos, depreciações ou ameaças ao próprio (UNICEF, 2009; Ramiro et al., 2010).

Relativamente às situações de maior Impacto e Severidade para o sujeito o acontecimento de vida mais relevante foi a Depreciação (Abuso Psicológico). O impacto psicológico do trauma na infância tende a persistir na idade adulta, Rorty e colaboradores (1994a) corroboraram os resultados do presente estudo ao relatar que a vivência de traumas na infância tem sido associada com graves sequelas psiquiátricas a longo prazo, tais como, a depressão, o abuso de álcool e drogas, perturbações da ansiedade, perturbações da personalidade e perturbações do comportamento alimentar. Gibb e colaboradores (2007) sugerem que a experiência de abuso psicológico na infância parece suscitar inúmeras repercussões na saúde mental na vida adulta, ostentando os participantes vítimas de abuso psicológico maiores níveis de depressão e fobia social.

Tendo em conta a análise dos acontecimentos de vida negativos, procurou-se perceber seguidamente qual o acontecimento pertencente à categoria de abuso

psicológico em média mais frequente. Pode constatar-se que as Depreciações, as Humilhações e as Exigências Desproporcionadas corresponderam aos itens do abuso psicológico mais prevalentes. As experiências interpessoais que têm sido mais frequentemente associadas ao desenvolvimento das perturbações alimentares incluem as provocações, ou seja, o ser alvo de desvalorização e depreciação. Indivíduos que auto-relatam comentários depreciativos de outros elementos significativos acerca da sua aparência ou forma corporal apresentam com grande frequência sintomatologia relacionada com as perturbações alimentares (Lunner et al., 2000).

A natureza da relação dos progenitores pode funcionar como um factor protector ou como um factor de risco para a exposição da criança a situações de risco durante o seu desenvolvimento. Nos resultados do estudo dos acontecimentos de vida negativos verificou-se valores elevados quando os progenitores são divorciados ou separados quanto às variáveis: Ambiente Familiar Adverso, Abuso Psicológico, Separações e Perdas e Abuso Físico/Sexual. Estes dados vêm reforçar a ideia que na presença de progenitores divorciados/separados a criança encontra-se em maior risco de vivenciar acontecimentos de vida negativos, o que representa um risco acrescido para a psicopatologia na criança (Marcelli, 1998; Moura & Matos, 2008).

Depois de analisar quais os acontecimentos negativos ocorridos na infância mais frequentes, com maior intensidade e severidade, bem como, a existência de pais separados/divorciados como factor de risco para o desenvolvimento normativo da criança, fomos tentar perceber qual a tendência dos sujeitos da amostra para apresentar sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar.

Através dos resultados obtidos no EDI-2 podemos verificar que as subescalas Medo da Aduldez e Insatisfação Corporal apresentaram valores superiores quando comparados com as outras dimensões do EDI-2. Estes resultados podem sugerir que

existe uma elevada insatisfação em relação à forma do corpo ou em relação a determinadas partes do corpo nos estudantes da Universidade do Algarve. A insatisfação corporal é comum nos pacientes com perturbação do comportamento alimentar e pode constituir um factor de risco importante para o desenvolvimento desta doença em pessoas psicologicamente vulneráveis, que vivem em sociedades onde a imagem corporal é excessivamente valorizada (Polivy & Herman, 2002; Cruz, 2009).

Foi ainda possível constatar que nesta amostra existe um elevado desejo de voltar à segurança da infância – subescala Medo da Aduldez – bem como, a existência de pensamentos negativos relacionados às exigências e experiências psicológicas e biológicas que requer a idade adulta. O medo da adultez, na presente amostra, pode ser explicado pelo acréscimo de responsabilidades existentes no percurso académico em que os sujeitos são separados da sua família e amigos, deslocando-se muita das vezes para um novo local ocorrendo inevitavelmente mudanças de papéis dentro da família e da sociedade (Smith et al., 2008), sendo a perda de peso uma forma de fugir à aparência adulta (Corral et al., 1998). Segundo Smith e colaboradores (2008) o período de adaptação à universidade pode ser significativamente influenciado pelas vivências de infância tendo um impacto significativo no bem-estar psicológico dos sujeitos. Estas experiências traumáticas anteriormente vivenciadas podem influenciar o processo de ajustamento à nova situação, que conjuntamente com as mudanças de vida associadas poderá proporcionar um ambiente vulnerável para a eclosão ou agravamento de perturbações do comportamento alimentar.

Por outro lado, observámos que de entre todas as subescalas a que avalia a Bulimia revelou o valor médio mais baixo. Estes valores podem assim sugerir que apesar da existência de uma elevada insatisfação corporal ou medo da adultez, os comportamentos bulímicos parecem não ser utilizados como estratégias de *coping* para

lidar com as presentes situações. Estes resultados não são convergentes com os de outros autores que postulam que os indivíduos podem ser mais vulneráveis a desenvolver comportamentos purgativos como estratégia de *coping* para lidar com os afectos emocionais negativos do abuso (Carter et al., 2006).

Porque a literatura existente sobre o tema parece sugerir a existência de dissemelhanças entre sexos nas subescalas do EDI-2 realizamos uma nova análise no que respeita às variáveis em estudo onde foi possível observar valores superiores de Obsessão pela Magreza, Insatisfação Corporal e Impulsividade nas raparigas. Os rapazes registaram valores superiores de Desconfiança Interpessoal. Estudos anteriores são consistentes com estes resultados ao encontrarem diferenças entre géneros, postulando que as mulheres, por norma, parecem apresentar níveis superiores de obsessão pela magreza, insatisfação corporal, comportamentos compensatórios inapropriados e episódios de compulsão alimentar (impulsividade), comparativamente aos sujeitos do género masculino (Lewinsohn et al., 2002; Dixe, 2007).

Estes resultados podem ser explicados pela maior pressão da sociedade social de culto pela magreza sobre as raparigas, particularmente em sociedades ocidentais onde é valorizado o controlo sobre o consumo alimentar como sinal de poder e controlo sobre o próprio corpo (Perpiña, 1995; Polivy & Herman, 2002). Alguns autores postulam ainda através de dados de estudos epidemiológicos que as perturbações alimentares são mais prevalentes em sujeitos do sexo feminino que do sexo masculino (Machado et al., 2009; Isomaa et al., 2009; Treasure et al., 2010), logo as mulheres apresentarem uma maior sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar.

Porque tem sido sugerido por alguns autores uma estreita relação entre os acontecimentos de vida negativos na infância e a eclosão das perturbações do comportamento alimentar fomos observar de que forma estas vivências negativas na

infância se correlacionavam com a sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar e verificamos que o factor Abuso Psicológico está fortemente associado com as várias subescalas do inventário de perturbações do comportamento alimentar. Estes resultados sugerem que este tipo de acontecimento precoce exerce uma maior influência no desenvolvimento de sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar do que os outros tipos de acontecimentos de vida avaliados, nomeadamente o ambiente familiar adverso, as separações e perdas e o abuso físico e sexual.

As consequências do abuso psicológico parecem variar de acordo com a gravidade e repetição podendo-se manifestar de diferentes formas: ridicularização da criança, humilhação em público, aterrorização, incentivo ao desenvolvimento de comportamentos inadequados, negação da resposta emocional/ignorando ou não expressando afecto, rejeição, isolamento, assunção de práticas parentais ambivalentes/contraditórias, negligência da saúde mental, física e das necessidades educacionais e exposição da criança à violência doméstica (Hart et al., 1998).

Os resultados do nosso estudo sugerem que o abuso psicológico ocorrido na infância encontra-se correlacionado à sintomatologia do comportamento alimentar disfuncional. Este resultado é concordante com um estudo conduzido por Kennedy e colaboradores (2007), onde o abuso psicológico foi igualmente correlacionado com o surgimento de sintomatologia associada às perturbações alimentares, nomeadamente com a Obsessão pela Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal. Outros autores também têm encontrado uma correlação significativa entre a sintomatologia relacionada com a psicopatologia alimentar e o abuso psicológico ocorrido na infância, realçando as subescalas Percepção Introceptiva, Bulimia, Desconfiança Interpessoal e Ineficácia

como foi evidenciado pelos resultados apresentados no nosso estudo (Witkiewitz & Dodge-Reyome, 2000).

Alguns autores têm colocado o foco de interesse dos seus estudos no funcionamento típico das famílias onde eclodiram as perturbações do comportamento alimentar. O factor Ambiente Familiar Disfuncional encontra-se significativamente relacionado com a sintomatologia alimentar, o que poderá sugerir que perante a presença de um ambiente familiar disfuncional na infância maior será a tendência do sujeito para apresentar sintomatologia relacionada com o comportamento alimentar na idade adulta. Segundo Brás e Cruz (2008) o ambiente familiar disfuncional inclui a vivência de situações de conflitos entre os progenitores, separações ou ameaças de separação e abuso de substâncias por parte dos cuidadores. Estes resultados são consistentes com Halmi (2005) que postula que os factores familiares (por exemplo, abuso de substâncias por parte dos progenitores) representam um maior risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

De acordo com Wade e colaboradores (2000) o funcionamento familiar não constitui a causa das perturbações alimentares. Estes autores consideram que os padrões de disfuncionalidade familiar afectam a regulação das emoções e as atitudes em relação ao *self*, que posteriormente, podem influenciar o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

Verificámos também, uma forte associação entre a ocorrência de Separações e Perdas na infância e a sintomatologia relacionada às perturbações do comportamento alimentar. Estes resultados sugerem que a vivência de separações e perdas na infância se associam a um maior nível de comportamentos alimentares patológicos. Um dos factores de risco para a eclosão da anorexia nervosa constitui a existência de separações

e perdas, bem como a existência de rupturas por parte dos pais (Perpiña, 1995; Halmi, 2005).

No entanto, no nosso estudo não foi encontrada uma correlação significativa entre a vivência de acontecimentos de vida negativos na infância e a insatisfação corporal na idade adulta. Estes resultados são inconsistentes com os estudos que têm demonstrado que a existência de acontecimentos de vida negativos, tais como o abuso psicológico aumenta a insatisfação corporal do sujeito (Kennedy et al., 2007).

Porque era necessária uma melhor compreensão dos resultados obtidos entre as variáveis, optamos por realizar uma análise de regressão para percebermos em que medida cada factor explicava a sintomatologia relacionada às perturbações do comportamento alimentar. Desta forma verificámos que o conjunto dos diferentes factores do IAV_N – Ambiente Familiar Disfuncional, Abuso Psicológico, Separações e Perdas e Abuso Físico e Sexual - ocorridos em idades precoces explicam 12.7% da sintomatologia relacionada com as Perturbação Alimentar na idade adulta, sendo de realçar o contributo significativo e positivo do Abuso Psicológico. Estes resultados vão ao encontro da literatura actual onde é sugerido que as situações de abuso psicológico em idades precoces constituem o maior preditor de psicopatologia em jovens adultos (McLewin & Muller, 2006). Inúmeras investigações parecem enaltecer o papel determinante das situações de abuso psicológico no desenvolvimento de perturbações psicopatológicas (Gibb et al., 2007), e num sentido mais restrito, no desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

Como se pode verificar, o abuso psicológico surgiu como o contributo mais significativo na eclosão das perturbações do comportamento alimentar. Deste modo, sujeitos que auto-relatam a vivência de abuso psicológico durante a infância apresentam valores superiores de sintomatologia relacionada com as perturbações alimentares na

idade adulta (Rorty et al., 1994b; Kent et al., 1999; Kent & Waller, 2000; Kennedy et al., 2007; Kong & Bernstein, 2009; Fischer et al., 2010).

Os resultados encontrados vão assim ao encontro do primeiro modelo explicativo de Kent e Waller (2000) que propõe que o abuso psicológico apresenta um papel directo causal sobre as perturbações alimentares. Todavia, é de ressaltar que muitos autores têm sugerido a necessidade de compreender os mecanismos psicológicos que ligam o trauma na infância e as perturbações do comportamento alimentar subsequentes, tais como, a baixa auto-estima, a ansiedade e as características obsessivo-compulsivas (Kent & Waller, 2000; Kong & Bernstein, 2006) porém estes não constituíram um objectivo do presente estudo.

Desta forma, com base nos resultados encontrados podemos sugerir que a vivência precoce de abuso psicológico na infância aumenta a probabilidade de surgir sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar. Uma possível explicação para estes resultados é que um ambiente emocionalmente abusivo não ensina habilidades adaptativas de regulação da emoção, e que o uso dessas habilidades inadequadas de regulação da emoção origina sintomas de perturbação alimentar, como por exemplo, os sintomas relacionados com as perturbações alimentares podem funcionar como uma estratégia de evitamento ou regulação da emoção (Fischer et al., 2010).

A perturbação alimentar permite assim ao sujeito lidar com a persistência de problemas emocionais e/ou identidade ao recentrar a atenção na forma, peso e alimentação, e neste sentido os sujeitos encontram uma forma de ganhar algum controlo emocional. Os sujeitos com anorexia nervosa, atingem assim uma parcial gratificação emocional através do evitamento de alimentos e tentando alcançar a magreza, embora

nunca suficiente, por sua vez, o sujeito com bulimia nervosa encontra um determinado alívio emocional veiculado pela compulsão e pela purga (Poliy & Herman, 2002).

Contrariamente aquilo que era expectável observámos também uma contributo negativo e significativo do abuso sexual na sintomatologia alimentar, parecendo sugerir que quanto menor a vivência de situações de abuso físico e sexual maior a sintomatologia alimentar. Estes resultados parecem ter sido fruto de um efeito de supressão, este efeito estatístico é indesejável e ocorre quando existe um efeito directo ou mediado de uma outra variável independente na variável dependente produzindo sinais opostos embora irrealistas (Cliff & Earleywine, 1994; Tzelgov & Henik, 1991 cit in MacKinnon & Lockwood, 2000). Grande parte dos investigadores dedicados a esta temática postulam que o abuso sexual e físico na infância constituem importantes factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia do comportamento alimentar (Carter et al., 2006; Treuer et al., 2005). Outros autores sugerem ainda que o abuso sexual e físico não constituem factores de risco específicos para as perturbações alimentares mas que constituem factores de risco para as perturbações psiquiátricas em geral (Welch & Fairburn, 1996; Schmidt et al., 1998).

Alguns estudos têm procurado compreender a relação entre os comportamentos bulímicos e a existência de acontecimentos de âmbito negativo na infância. Quando se procura estudar os resultados referentes à subescala Bulimia pode-se verificar que o conjunto de AVN ocorridos em idades precoces explica 3.6% da variância da sintomatologia relacionada com as Perturbação Alimentar na idade adulta, sendo de realçar o contributo significativo e positivo do Abuso Psicológico, das Separações e Perdas e do Ambiente Familiar Adverso. Estes resultados são corroborados por vários autores que têm demonstrado que as mulheres bulímicas apresentavam

significativamente maiores níveis de abuso psicológico materno e paterno (Rorty et al., 1994b; Kent et al., 1999; Fosse & Holen, 2006).

Pode-se ainda constatar através dos resultados encontrados o contributo significativo e positivo das separações e perdas que pode sugerir que na presença de situações não normativas na infância, como é o caso particular das separações e perdas de pessoas significativas para a criança, maior será a tendência do sujeito para apresentar sintomatologia relacionada com as perturbações alimentares, nomeadamente comportamentos relacionados com a ingestão compulsiva de alimentos como estratégia de *coping* para lidar com a situação geradora de angústia. Os comportamentos de compulsão alimentar e purga foram relatados mais frequentemente perante a morte de uma pessoa significativa ou na presença de separações dos pais numa amostra de estudantes (Smyth et al., 2008).

Por sua vez, encontrou-se também um contributo positivo e significativo do ambiente familiar adverso na subescala bulimia. Existem evidências empíricas de uma maior patologia em famílias com perturbação alimentar do que os controlos familiares normais, sendo aqueles com perturbação bulímica os que parecem ter um funcionamento familiar mais disfuncional comparativamente aos subtipos restritivos da doença (Schmidt et al., 1998).

No que concerne à subescala Medo da Aduldez podemos verificar que o conjunto de AVN ocorridos em idades precoces explica 3.6% da variância da sintomatologia relacionada com as Perturbação Alimentar na idade adulta, sendo de realçar o contributo significativo e positivo da vivência de separações e perdas na infância. Sugere-se assim que a presença de separações e perdas na infância parece exercer uma maior influência sobre o medo do sujeito relativamente à vida adulta, o que posteriormente o leva a

desenvolver comportamentos para perda de peso de forma a tentar negar ou rejeitar a sua aparência adulta.

Alguns autores sugerem que a história de abuso psicológico aumenta os níveis de impulsividade na idade adulta. Segundo os resultados encontrados no presente estudo em relação à subescala impulsividade, o conjunto de AVN ocorridos em idades precoces explicam 11.8% da variância da sintomatologia relacionada à psicopatologia alimentar na idade adulta, salientando o contributo positivo do Ambiente Familiar Adverso e do Abuso Psicológico. Estes resultados são concordantes com alguns autores que postulam que quando existe uma história de abuso psicológico é provável que exista um aumento dos níveis de impulsividade, que reflecte o impacto da experiência emocional no sujeito (Waller et al., 2007; Kong & Bernstein, 2009). Estes resultados também parecem sugerir que na presença de um ambiente familiar adverso maior será a tendência do sujeito para responder com maiores níveis de impulsividade.

Continuamente no presente estudo no que respeita à subescala Percepção Introceptiva podemos verificar que o conjunto de AVN ocorridos em idades precoces explica 9.1% da variância da sintomatologia relacionada com as Perturbações do Comportamento Alimentar na idade adulta, sendo de realçar o contributo significativo e positivo do abuso psicológico na infância. Estes resultados são corroborados por um estudo desenvolvido por Kong e Bernstein (2009) que indica que o abuso psicológico na infância é preditor da percepção introceptiva.

van der Kolk (1994 cit in Kong & Bernstein, 2009) relata que os indivíduos que experienciaram situações traumatizantes apresentavam défices na percepção introceptiva em relação aos estados internos fisiológicos e psicológicos, apresentando um défice no desenvolvimento da capacidade de diferenciar estados internos complexos. Deste modo, muitas vezes, os sujeitos expressam as suas emoções

comportamentalmente em vez de verbalmente, já que apresentam uma grande dificuldade em expressar os seus sentimentos por palavras. Além disso, a constatação de que o abuso psicológico é um preditor da regulação dos impulsos foi consistente com a noção que os sobreviventes de abuso podem recorrer a comportamentos auto-destrutivos/prejudiciais, tais como, a purga, os vômitos, os comportamentos sexuais compulsivos, o uso de substâncias psicóticas, de forma a aliviar a tensão e a angústia e para regular os estados emocionais internos na ausência da capacidade interna para se auto-tranquilizar (van der Kolk et al., 1991 cit in Kong & Bernstein, 2009).

Segundo Kong e Bernstein (2009) o abuso psicológico consiste num significativo preditor para a ineficácia. Os resultados encontrados através da utilização do método de regressão explicitou que o conjunto dos diferentes AVN permite explicar 10% da variância relacionada com as perturbações do comportamento alimentar, realçando o contributo positivo e significativo do abuso psicológico o que confirma os resultados encontrados por outros autores.

As perturbações alimentares são assim consideradas inevitavelmente um problema complexo, no qual estão implicados múltiplos factores. A presente investigação pretendeu clarificar a relação entre esta doença e quatro factores de risco fundamentais durante a infância, como é o caso do Ambiente Familiar Disfuncional, o Abuso Psicológico, as Separações e Perdas e o Abuso Físico e Sexual.

Em suma, foi possível verificar, através da investigação realizada, que o abuso psicológico constitui um factor de risco de extrema importância na eclosão de sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar. Porém, denotou-se ao longo do presente estudo a escassez de literatura que procure compreender a influência deste factor nas diferentes subescalas da perturbação alimentar. Uma possível explicação para esta ocorrência está relacionada com a

difficuldade de definição e medição desta variável – abuso psicológico – que inclui uma grande variedade de atitudes para com a criança. Este tipo de mau-trato apresenta-se ainda de difícil sinalização, ocorrendo, por vez, em consonância com outras formas de abuso e normalmente também ocorre em situações frequentes do ambiente familiar e institucional que usualmente são aceites como formas de interacção adequadas ou menos nocivas para criança, devido à ausência de marcas físicas (Alberto, 2010).

Embora os resultados fossem mais esclarecedores caso se tratasse de uma amostra clínica com patologia alimentar, o presente estudo acaba por realçar a necessidade de considerar a história de trauma psicológico na infância como um factor potencialmente central na história clínica do adulto. É assim relevante, na prática clínica, explorar a história de vida do sujeito como elemento chave para delinear estratégias de intervenção mais adequadas e eficazes. Segundo Kent & Waller (2000) nunca se deve descurar a abordagem multifacetada das perturbações alimentares, logo o abuso psicológico deve ser considerado um factor relevante na etiologia e tratamento das perturbações alimentares mas não deve ser considerado o único factor necessário para compreender esta problemática.

Conclusões Gerais

O estudo sobre as variáveis subjacentes às perturbações alimentares apresenta-se como uma necessidade devido à falta de consenso relativamente à etiologia desta perturbação. Várias têm sido as razões apontadas para o surgimento destas patologias, entre as quais genéticas, ambientais, sociais, familiares e psicológicas. São vários os autores que acreditam que os acontecimentos de vida negativos têm uma influência inigualável na eclosão desta patologia e assim desta forma têm sido estudados quais os acontecimentos de vida negativos vivenciados na infância que se pensam estar relacionados com a eclosão das perturbações do comportamento alimentar na idade adulta.

Os resultados permitiram sugerir que existem correlações significativas entre a vivência de acontecimentos de vida negativos na infância e a sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar. No entanto, para além das relações de associação, foi possível averiguar que os acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância permitem explicar 12.7% da sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar, realçando o papel muito significativo do Abuso Psicológico.

De uma forma geral, os resultados do nosso estudo permitem-nos sugerir o abuso psicológico como uma forte influência no desenvolvimento de sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar. Estes resultados são apoiados por alguns autores que postulam que uma das vivências existentes na vida dos indivíduos com perturbação do comportamento alimentar consiste na presença de acontecimentos abusivos de carácter psicológico na infância (Rorty et al., 1994b; Kent et al., 1999; Kent & Waller, 2000; Kennedy, et al., 2007; Kong & Bernstein, 2009;

Fischer et al., 2010). Os resultados obtidos vêm reforçar a ideia de que a vivência de acontecimentos de carácter negativo numa idade precoce desempenha um papel fundamental na saúde mental do sujeito ao longo da vida (Schilling et al., 2007; Sansone & Sansone, 2007; Fergusson et al., 2008).

Estes resultados ajudam a esclarecer o papel do abuso psicológico na eclosão de sintomatologia relacionada com as perturbações do comportamento alimentar e poderão contribuir para o debate científico relativamente a outros acontecimentos de vida negativos que ocorrem na infância que têm sido considerados como mais relevantes na história dos indivíduos com perturbação alimentar, tal como, o abuso sexual que tem sido amplamente o foco de interesse na literatura.

Em última análise, estes resultados alertam também para uma forma de pensar, a intervenção, apoiando as estratégias psicológicas, tais como, as intervenções psicoterapêuticas de base narrativa que teorizam que o trabalho sobre a história de vida do sujeito é fundamental, tendo como principal objectivo os processos narrativos de significação através da compreensão das formas de elaboração narrativa desta experiência, que podem posteriormente trazer um importante avanço na prevenção e tratamento destas patologias.

Apesar de termos obtido alguns resultados interessantes e passíveis de serem discutidos, o nosso trabalho teve constrangimentos na sua execução e assim sendo possui algumas limitações importantes que aqui gostaríamos de anotar.

A principal limitação encontrada prende-se com o facto da nossa amostra corresponder a uma amostra não clínica, seria mais promissor/esclarecedor produzir um estudo com sujeitos com perturbações do comportamento alimentar, tendo em conta as diferentes categorias diagnósticas - restritiva e purgativa.

O facto de não existir um grupo clínico e de controlo leva a questionar se os resultados obtidos são específicos das perturbações alimentares ou constituem factores de vulnerabilidade para a psicopatologia em geral. Segundo Kennedy e colaboradores (2007) a prevalência de estudantes com perturbações do comportamento alimentar é relativamente baixa o que dificulta a generalização dos resultados para amostras clínicas, considerando que um padrão diferente de resultados poderia ser encontrado na presença de um maior número de indivíduos com perturbação alimentar. De qualquer forma, neste estudo, não tendo como objectivo encontrar casos clínicos numa amostra de comunidade, pode revelar-se útil como meio de identificação de comportamentos e padrões alimentares de risco tendo sido de forma semelhante utilizada por outros autores.

No que respeita aos instrumentos utilizados no presente estudo advém do facto das variáveis terem sido medidas por uma versão do EDI-2 espanhola devidamente traduzida para português, porém não validada a nível nacional. Além disso, o instrumento IAV_N apresenta-se como tendo um carácter retrospectivo, i.e., ao avaliar as experiências negativas até aos 12 anos de idade existe inerentemente o risco de estas serem sub ou sobre avaliadas. No entanto, a utilização de uma medida de auto-relato tem a vantagem de assegurar o anonimato dos participantes e uma maior disponibilidade relativamente às suas experiências passadas e emoções actuais (Hartt & Waller, 2002).

Por último, outra das limitações encontradas poderá prender-se ao facto de todos os dados constituintes terem sido baseados em informação fornecida pelos próprios participantes. Este processo pode ser vulnerável porque algumas das respostas podem ter sido dadas por desejabilidade social. Seria assim importante que estudos futuros se esforçassem para corroborar as provas dos auto-relatos através de testemunhos de outros

interlocutores como, por exemplo, outros elementos da família (Witkiewitz & Dodge-Reyome, 2000; Kennedy et al., 2007).

Apesar das limitações apresentadas, esperamos ter contribuído para o estudo de uma perspectiva mais integradora, completa e dinâmica desta patologia. Preocupámo-nos sobretudo mais do que oferecer respostas o colocar mais questões para futuras investigações, tais como, de que forma o abuso psicológico na infância influencia as perturbações alimentares na idade adulta, ou seja, quais os processos psicológicos (baixa auto-estima, ansiedade e depressão) ou características de personalidade (perfeccionismo), que medeiam esta relação.

Como propostas de trabalho futuro pensamos que será importante a realização de estudos longitudinais que permitem compreender melhor a influência dos acontecimentos de carácter relevante na infância, tendo em conta uma temporalidade, da infância ao início da idade adulta, e a eclosão das perturbações do comportamento alimentar. Sugere-se, igualmente, a replicação do presente estudo numa amostra clínica de sujeitos com perturbações do comportamento alimentar.

Em termos de relevância para a prática clínica, pensamos que este estudo poderá representar um pequeno contributo para o delineamento de estratégias psicológicas mais eficazes que passa sobretudo por uma avaliação psicológica sofisticada. Neste sentido, é importante que os clínicos conheçam aprofundadamente a história de vida do sujeito, nomeadamente a existência de abuso na infância, particularmente de abuso psicológico, para avaliar o sujeito com perturbação alimentar. Seria interessante também introduzir outros factores que, de algum modo, contribuísem para uma melhor compreensão dos processos psicológicos existentes entre o abuso psicológico e esta doença contribuindo assim para o desenho de estratégias de intervenção mais eficazes.

Vários processos psicológicos têm sido implicados na relação entre o abuso psicológico e a psicopatologia alimentar. Ao compreender a origem e a natureza dos processos psicológicos, tais como, as crenças negativas e a baixa auto-estima, auxiliam-nos a decidir se a história de abuso é relevante ou não, para a perturbação alimentar. As opções de tratamento serão melhor estabelecidas quando o papel do abuso psicológico estiver melhor compreendido. Se existe uma história de abuso psicológico as suas consequências cognitivas e afectivas podem ser alvo de intervenção terapêutica detalhada (Kent & Waller, 2000) através do conhecimento do impacto desta experiência abusiva no sujeito e compreendendo as formas de elaboração narrativa desta experiência, através da utilização de técnicas tais como, a escrita expressiva, através do contributo do modelo narrativo de re-autoria, bem como, por recurso a estratégias de reestruturação cognitiva.

Segundo Kong e Bernstein (2009) existe uma maior probabilidade dos resultados do tratamento serem mais deficitários na presença de pacientes com perturbações do comportamento alimentar que experienciaram algum tipo de trauma na infância, deste modo, as futuras intervenções para esta população clínica devem concentrar-se em avaliar a possibilidade de existência de trauma de infância, especialmente naqueles pacientes que apresentam resultados de tratamento mais pobres.

De forma sucinta, em primeiro lugar, os técnicos de saúde devem considerar o papel potencial do abuso psicológico e de outros tipos de trauma na psicopatologia alimentar, considerando que seria clinicamente útil considerar todas as experiências abusivas na avaliação de pacientes com perturbação alimentar. E segundo, as opções de tratamento serão melhor compreendidas e aplicadas quando os papéis dos vários traumas na infância forem melhor estabelecidos, deste modo, o principal objectivo da terapia com pacientes com psicopatologia alimentar que experienciaram abuso na

infância deve ser ajuda-los a fazer uma ligação entre a doença as suas experiências abusivas na infância (Kong & Bernstein, 2009).

Referências Bibliográficas

- Ackard, D. M. & Neumark-Sztainer, D. (2003). Multiple Sexual Victimizations Among Adolescent Boys and Girls: Prevalence and Associations with Eating Behaviors and Psychological Health. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12 (1), 17-37.
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., et al. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 814-822.
- Agras, S., Hammer, L., & McNicholas, F. (1997) A Prospective Study of the Influence of Eating-Disordered Mothers on Their Children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 253-262.
- Alberto, M. M. I. (2010). *Maltrato e Trauma na Infância* (2ª Edição). Coimbra: Edições Almedina, SA.
- American Psychiatric Association – APA (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4th ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência/ ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., et al. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*, 8 (53), 1001-1009.
- Anderson, K. P., LaPorte, D. J., Brandt, H., & Crawford, S. (1997). Sexual abuse and bulimia: response to inpatient treatment and preliminary outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 6 (31), 621-533.

- Andover, M. S., Zlotnick, C., & Miller, I. W. (2007). Childhood Physical and Sexual Abuse in Depressed Patients with Single and Multiple Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (4), 467–474.
- Aranda, F. F. & Gil, V. T. (2002). *Transtornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Attia, E. & Walsh, T. (2007). Anorexia Nervosa. *American Journal Psychiatry*, 164 (12), 1805-1810.
- Azevedo, M. & Maia, A. (2006a). *Maus-Tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, M. & Maia, A. (2006b). Maus-Tratos e rendimento académico num meio socioeconómico desfavorecido. *Infância e Juventude*, 1, 27-57.
- Bassani, D. G., Padoin, C. V., Philipp, D., & Veldhuizen, S. (2009). Estimating the number of children exposed to parental psychiatric disorders through a national health survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3 (6), 1-7.
- Beaumont, P. (1995). The Clinical Presentation of Anorexia and Bulimia Nervosa. In K. Brownell & C. Fairburn. (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp.151-158). New York: Guilford Press.
- Beckman, K. A. & Burns, G. L. (1989). Relation of Sexual Abuse and Bulimia in College Women. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (9), 487-49.
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30, 109–125.
- Bowlby, J. (1973/1984b). *Apego e perda. Separação – Angústia e Raiva*. Vol.2. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura. Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

-
- Brás, M. (2008). *Acontecimentos de Vida Negativos, Padrões de Vinculação e Ideação Suicida*. Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia. Faro: Universidade do Algarve.
- Brás, M. & Cruz, J. P. (2008). Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) – Construção e validação numa população adulta. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho.(Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Brewerton, T. D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15 (4), 285-304.
- Briere, J. & Scott, C. (2007). Assessment of Trauma Symptoms in Eating-Disordered Populations. *Eating Disorders*, 15, 347–358.
- Calderon, R., Stoep, A. V., Collett, B., Garrison, M. M., & Toth, K. (2007). In patients with Eating Disorders: Demographic, Diagnostic, and Service Characteristics from a Nationwide Pediatric Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (7), 622 – 628.
- Canha, J. (2003). *A criança vítima de violência. Violência e Vítimas de Crimes*. Vol.2- Crianças (pp.13-36). Coimbra: Quarteto Editora.
- Caridade, S. & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 4 (24), 485 - 493.
- Carmo, C. (2007). A Personalidade como factor de risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar. In M. Siqueira, S. Jesus, & V. Oliveira. (Eds.), *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa* (pp.199-218). São Paulo: Universidade Metodista.

- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30, 257–269.
- Cerdá, J. S. (2003). Maltrato Infantil. In J. M. O. Quiles, M. J. Q. Sebastián, & F. X. M. Carrillo. (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes e Família* (pp. 231-246). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chapple, C. L. & Vaske, J. (2010). Child Neglect, Social Context, and Educational Outcomes: Examining the Moderating Effects of School and Neighborhood Context. *Violence and Victims*, 4 (25), 470-485.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–38.
- Claes, L. & Vandereycken, W. (2007). Is There a Link between Traumatic Experiences and Self-Injurious Behaviors in Eating-Disordered Patients?. *Eating Disorders*, 15, 305–315.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211–229.
- Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (2009). Relatório Anual de Avaliação da Actividade das CPCJ no ano de 2009. Retirado em 26 de Novembro de 2010 da Web site: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3143&m=PDF.
- Connors, M. E. & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 1 (13), 1-11.

- Cooper, M. J. (2005). Cognitive Theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 511–531.
- Corral, S., González, M., Perenã, J., & Seisdedos, N. (1998). *EDI-2, Inventario de transtornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Crisp, A., Gowers, S., Joughin, N., McClelland, L., Rooney, B., Nielsen, S., et al. (2006). Death, Survival and Recovery in Anorexia Nervosa: A Thirty Five Year Study. *European Eating Disorders Review*, 14, 168–175.
- Cruz, J. P. (2009). Perfeccionismo, saúde e doenças. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes. (Eds.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida - Contributos da Psicologia da Saúde* (pp.127-160). Viseu: Textiverso.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking Good—Family Focus on Appearance and the Risk for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136–144.
- Dixe, M. A. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (25), 559-569.
- Echeburúa, E. (2009). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Everill, J. T. & Waller, G. (1995). Reported Sexual Abuse and Eating Psychopathology: A Review of the Evidence for a Causal Link. *International journal of Eating Disorders*, 1 (18), 1-11.
- Fairburn, C. & Harrison, P. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13.

- Fallon, P. & Wonderlich, S. A. (1997). Sexual abuse and other forms of trauma. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel. (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 394–414). New York: Guilford Press.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245 - 258.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 5 (22), 339–357.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607–619.
- Figueiredo, B., Paiva, C., Matos, R., Maia, A., & Fernandes, E. (2001). História de abuso durante a infância. *Análise Psicológica*, 3 (19), 365-387.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7 - 26.
- Fischer, S., Stojek, M., & Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11, 90–192.
- Floen, S. K. & Elklit, A. (2007). Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. *Annals of General Psychiatry*, 6, 12, 1-8.
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realidade*. Loures: Lusociência.

-
- Fosse, G. K. & Holen, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 404–409.
- Fullerton, D. T., Wonderlich, S. A., & Gosnell, B. A. (1995). Clinical Characteristics of Eating Disorder Patients Who Report Sexual or Physical Abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (17), 243-249.
- Gerko, K., Hughes, M. L., Hamill, M., & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 375–382.
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmernan, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24, 256 - 263.
- Goodman, G. S., Quas, J. A., & Ogle, C. M. (2009). Child Maltreatment and Memory. *Annual Review of Clinical Psychology*, 61, 325–51.
- Goldener, E. M., Cockell, S. J., & Srikameswaran, S. (2002). Perfectionism and Eating Disorders. In G. Flett & P. Hewitt. (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research and Treatment* (pp. 319 - 340). Washington: American Psychological Association.
- Grassi-Oliveira, R. & Stein, L. M. (2008). Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: The burden of neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1089 - 1094.
- Halmi, K. (2005). Psychopathology of anorexia nervosa. Cometary. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 520 - 521.
- Harper, K., Richter, N. L., & Gorey, K. M. (2009). Group work with female survivors of childhood sexual abuse: Evidence of poorer outcomes among those with eating disorders. *Eating Behaviors*, 10, 45–48.

-
- Hart, S. N., Binggeli, N. J., & Brassard, M. R. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse, 1*, 27–58.
- Hartt, J. & Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse and Neglect, 26* (9), 923-938.
- Hastings, T. & Kern, J. M. (1994). Relationships Between Bulimia, Childhood Sexual Abuse, and Family Environment. *International Journal of Eating Disorders, 2* (15), 103-111.
- Hoek, H. W. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34* (4), 383-396.
- Hornor, G. (2010). Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *Journal of Pediatric Health Care, 6* (24), 358–364.
- Igarashi, H., Hasui, C., Uji, M., Shono, M., Nagata, T., & Kitamura, T. (2010). Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry Research, 180*, 120–125.
- INE- Instituto Nacional de Estatística (2009). Indicadores Sociais 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado em 3 de Dezembro de 2010 da Web site:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=62622412&PUBLICACOESmodo=2.
- Isomaa, R., Isomaa, A., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., & Bjorkqvist, K. (2009). The Prevalence, Incidence and Development of Eating Disorders in Finnish Adolescents—A Two-step 3-year Follow-up Study. *European Eating Disorders Review, 17*, 199-207.

- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *American Journal Psychiatry*, 159, 394–400.
- Kell, P. K., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (2001). Vulnerability to Eating Disorders in Childhood and Adolescence. In R. E. Ingram & J. M. Price. (Eds.), *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan* (pp. 389-411). New York: The Guilford Press.
- Kennedy, A. M., Ip, K., Joti, S., & Gorzalka, B. (2007). The role of childhood emotional abuse in disordered eating. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 17–36.
- Kent, A. & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 7 (20), 887–903.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 159–167.
- Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27, 1077–1086.
- Kong, S. & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1897–1907.
- Koskenvuo, K., Hublin, C., Partinen, M., Paunio, T., & Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities and quality of sleep in adulthood: A population-based study of 26,000 Finns. *Sleep Medicine*, 11, 17–22.

- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., & Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 129–135.
- Lau, A. S., Leeb, R. T., English, D., Graham, J. C., Briggs, E. C., Brody, K. E., et al. (2005). What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse Neglect*, 29, 533–551.
- Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D., & Hessen, L. D. (1994). Normative development challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorder*, 15, 11-20.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender Differences in Eating Disorder Symptoms in Young Adults. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (32), 426-440.
- Lopez-de-Andres, A., Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Gil-de-Miguel, Á., Jiménez-Trujillo, I., & Jiménez-García, R. (2010). Hospitalization trends in Spanish children and adolescents with eating disorders (1998–2007). *Appetite*, 55, 147–151.
- Lunner, K., Werthem, E. H., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F., & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 430–35.
- Machado, C., Gonçalves, M., & Vila-Lobos, A. J. (2003). Crianças expostas a múltiplas situações de violência. In C. Machado & R. A. Gonçalves. (Eds.), *Violência e Vítimas de Crimes*. Vol. 2–Crianças (pp.133-168). Coimbra: Quarteto Editora.

-
- Machado, P., Conceição, E. M., & Vaz, A. R. (2009). A abordagem cognitivo comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 2 (27), 189-197.
- Machado, P., Machado, B., Gonçalves, S., & Hoek, H. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217.
- MacKinnon, D. P., Krull, J. L., & Lockwood, C. M. (2000). Equivalence of the Mediation, Confounding and Suppression Effect. *Prevention Science*, 4 (1), 173-181.
- Mancini, A. D. & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the Face of Potential Trauma: Clinical Practices and Illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (8), 971–985.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McCarthy, M. K., Goff, D. C., Baer, L., Cioffi, J., & Herzog, D. B. (1994). Dissociation Childhood Trauma, and the Response to Fluoxetine in Bulimic Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (15), 219–226.
- McLewin, L. A. & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30, 171–191.
- Mercado, R., Martínez-Taboas, A., & Pedrosa, O. (2008). Childhood Sexual Abuse, Eating Disturbance and Dissociation: A Study in Puerto Rico. *Journal of Psychological Trauma*, 4 (7), 298-309.

-
- Moura, O. & Matos, P. M. (2008). Vinculação aos pais, divórcio e conflito interparental em adolescentes. *Psicologia, 1* (22), 127-152.
- Muñoz, M. L. P. & Gómez, M. A. (1998). Anorexia e Bulimia. In M. A. V. Pereja. (Eds.), *Manual de Terapia de Conducta*. Vol.2. (pp.277-330). Madrid: Dykinson.
- Nagata, T., Kaye, W. H., Kiriike, N., Rao, R., McConaha, C., & Plotnicov, K. H. (2001). Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: A comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 55*, 333–340.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnik, M. D. (2000). Disordered Eating Among Adolescents: Associations with Sexual/Physical Abuse and Other Familial/Psychosocial Factors. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 249–258.
- O'Hagan, K. P. (1995). Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child Abuse & Neglect, 4* (19), 449-461.
- Paiva, C. & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2* (5), 243-272.
- Papadopoulos, F. C., Ekbom, A., Brandt, L., & Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry, 194*, 10-17.
- Perkins, D. F. & Luster (1999). The relationship between sexual abuse and purging: findings from community-wide surveys of female adolescents. *Child Abuse & Neglect, 4* (23), 371–382.

-
- Perpiña, C. (1995). Trastornos Alimentarios. In A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos. (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 531-558). Vol.1. Madrid: McGraw-Hill.
- Pires, C. & Moreira, P. (2005). Acontecimentos de vida e psicopatologia. In P. Moreira & A. Melo. (Eds.), *Saúde mental: do tratamento à prevenção* (pp.75-120). Porto: Porto Editora.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review Psychology*, 53, 187-213.
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34, 842 – 855.
- Ramos, R. C. (2004). *Acontecimentos de vida na infância e percepção de stress na adultez. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde*. Braga: Universidade do Minho.
- Reigstag, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Journal of Psychiatry*, 60 (1), 58-66.
- Rodríguez, M., Pérez, V., & García, Y. (2005). Impact of Traumatic Experiences and Violent Acts upon Response to Treatment of a Sample of Colombian Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 299–306.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994a). Childhood Sexual, Physical, and Psychological Abuse and Their Relationship to Comorbid Psychopathology in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (16), 317-334.

- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994b). Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122-1126.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1995). Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 6 (19), 659-667.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205–209.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U., & Pfeiffer (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry & Human Development*, 39 (3), 261-272.
- Sani, A. I. (2003). Crianças Expostas à violência interpaparental. In C. Machado & R. A. Gonçalves. (Eds.), *Violência e vítimas de crimes*. Vol.2 – Crianças (pp.95-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sani, A. I. (2006). Vitimização indireta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*, 41 (180), 849-864.
- Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2007). Childhood Trauma, Borderline Personality, and Eating Disorders: A Developmental Cascade. *Eating Disorders*, 15, 333–346.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young: a longitudinal survey. *BioMed Central Public Health*, 7 (30), 1-10.
- Schmidt, U., Humfress, H., & Treasure, J. (1997). The Role of General Family Environment and Sexual and Physical Abuse in the Origins of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 5 (3), 184 - 207.

- Schwartz, M. B. & Brownell, K. B. (2001). Vulnerability to Eating Disorders in Adulthood. In R. E. Ingram & J. M. Price. (Eds.), *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan* (pp. 412-446). New York: The Guilford Press.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Silva, S. & Maia, A. (2008). Versão Portuguesa do Family ACE Questionnaire. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho. (Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Smolak, L. & Murnen, S. K. (2002). A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (31), 136-150.
- Smyth, J. M., Heron, K. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Thompson, J. M. (2008). The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 195-202.
- Soares, I., Carvalho, M., Dias, P., Rios, S., & Silva, J. (2009). Vinculação e psicopatologia. In I. Soares. (Eds.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (2ª Edição) (pp.193-240). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Sousa, A. B. (2009). *Investigação em Educação* (2ª Edição). Lisboa: Livros Horizonte.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large

- population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31, 517–530.
- Straus, A. M. & Kantor, K. G. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29, 19-29.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Taylor, C. B., Daniels, S. Crawford, P. B., et al. (2003). Eating Disorders in White and Black Women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1326–1331.
- Thompson, K. M. & Wonderlich, S. A. (2004). Child sexual abuse and eating disorders. In J. K. Thompson. (Eds.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 679–694). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Tiggemann, M. & Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 199-203.
- Tobin, D. L. & Griffing, A. S. (1996). Coping, sexual abuse, and compensatory behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (20), 143–148.
- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N. T., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R. E., et al. (2010). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Research*, 185, 185–192.
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating Disorders. *The Lancet*, 9714 (375), 583-593.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S., & Furedi, J. (2005). The Impact of Physical and Sexual Abuse on Body Image in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 106–111.

- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62, 13-27.
- Twardosz, S. & Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 59–68.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2010). Child Maltreatment 2008. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retirado em 23 de Novembro de 2010 na Web site: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm08/cm08.pdf>.
- UNICEF (2009). Situação Mundial da Criança, Edição Especial. Retirado em 25 de Novembro de 2010 da Web site: http://www.unicef.pt/18/sowc_20anoscdc.pdf.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative Experiences and Trauma in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (13), 187-193.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª Edição). Coimbra: Revista e Aumentada.
- Wade, T., Martin, N. G., Tiggeman, M., Abraham, S., Treloar, S. A., & Heath, A. C. (2000). Genetic and environmental risk factors shared between disordered eating, psychological and family variables. *Personality and Individual Differences*, 28, 729-740.

- Ward, A., Ramsey, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505.
- Welch, S. L. & Fairburn, C. G. (1996). Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study. *Child Abuse & Neglect*, 7 (20), 633-642.
- Waller, G., Corstorphine, E., & Mountford, V. (2007). The Role of Emotional Abuse in the Eating Disorders: Implications for Treatment. *Eating Disorders*, 15, 317-331.
- Williamson, D. A., Smith, C. F., & Barbin, J. M. (1998). Terapia Cognitivo-Conductual para los Trastornos de la Alimentación. In V. E. Caballo. (Eds.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 195-216). Vol.2. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Wilson, G. T. & Pike, K. M. (1993). Eating Disorders. In D. Barlow. (Eds.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual* (3^a Edição) (pp.332-375). New York: The Guilford Press.
- Witkiewitz, K. & Dodge-Reyome, N. (2000). Recollections of Childhood Psychological Maltreatment and Self-Reported Eating Disordered Behaviors in Undergraduate College Females. *Journal of Emotional Abuse*, 1 (2), 15-29.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., et al. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (30), 401-412.
- Yang, B. & Clum, G. A. (1995). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: a review. *Clinical Psychology Review*, 3 (16), 177-195.

Zachrisson, H. D. & Skarderud, F. (2010). Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 97–106.

Zlotnick, C., Hohlstein, L. A., Shea, M. T., Pearlstein, T., Recupero, P., & Bidadi, K. (1996). The relationship between sexual abuse and eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (20), 129-134.

Anexos

Anexo A - Consentimento Informado

Consentimento Informado

O consentimento informado é um direito de todos os cidadãos.

A presente recolha de dados insere-se numa investigação sobre os Acontecimentos de Vida Negativos e as Perturbações do Comportamento Alimentar no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde.

Solicitamos a sua colaboração neste estudo, caso aceite participar, agradecemos que responda com a maior sinceridade possível às perguntas colocadas, tendo em consideração que não existem respostas certas e erradas e certificando-se que respondeu a todas as questões. Os dados recolhidos serão tratados de forma **confidencial** e **anónima** e destinam-se unicamente a fins de investigação. A sua colaboração é fundamental e única. Realço que a sua participação é voluntária e caso recuse participar ou desista durante o preenchimento dos instrumentos, não terá qualquer consequência negativa. Se concordar em colaborar na presente investigação, é favor preencher o espaço abaixo indicado.

Tomei conhecimento e compreendi a informação acima descrita e aceito, de livre vontade, participar neste estudo e preencher os questionários que se seguem.

Data: __ / __ / ____

Assinatura: _____

Para garantir o anonimato dos dados, a primeira folha deve ser separada das restantes, devolvendo-a em separado ao investigador, sem colocar qualquer informação que o identifique. **Coloque as folhas de resposta na urna disponibilizada pelo investigador.**

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Obrigada, Andreia Félix

Anexo B – Questionário de Dados Pessoais

Questionário de Dados Pessoais

Leia cuidadosamente cada pergunta e, em seguida, preencha e coloque um X na opção que corresponde à sua verdade.

I. Questionário de Dados Sócio-Demográficos

1. Idade: ____

2. Sexo:

a) Masculino: ____

b) Feminino: ____

3. Naturalidade

a) Zona Sul de Portugal: ____

b) Zona Centro de Portugal: ____

c) Zona Norte de Portugal: ____

d) Ilhas: ____

e) Estrangeiro: ____

4. Estado Civil

a) Solteiro: ____

b) Casado: ____

c) Divorciado: ____

d) Viúvo: ____

5. Habilitações Literárias (Compleatas)

- a) Ensino Secundário: _____
- b) Ensino Superior: _____

6. Durante o seu percurso escolar como se classifica como aluno:

- a) Insuficiente (inferior a 10 valores): _____
- b) Razoável (10 a 13 valores): _____
- c) Bom (14 aos 16): _____
- d) Muito Bom (igual ou superior a 17 valores): _____

7. Com quem viveu até aos 12 anos?

- a) Com os progenitores: _____
- b) Outros familiares: _____
- c) Instituição de acolhimento: _____
- d) Outros: _____

8. Com quem vive, actualmente, a maior parte do tempo?

- a) Pais: _____
- b) Outros familiares: _____
- c) Conjugue ou namorado/a: _____
- d) Amigos: _____
- e) Sozinho: _____
- f) Outros: _____

II. Questionário sobre progenitores e irmãos

9. Quantos irmãos têm?

- a) Não tenho: _____
- b) Tenho 1: _____
- c) Tenho 2: _____
- d) Tenho 3 ou mais: _____

10. Natureza da relação dos progenitores:

- a) Casados: _____
- b) Divorciados/ Separados: _____

III. Questionário relativo à História de Perturbações Alimentares

11. Alguma vez fez ou está a fazer dieta por razões de saúde?

- a) Não: _____
- b) Sim: _____

12. Tem ou já teve alguma doença relacionada com perturbações do comportamento alimentar (anorexia, bulimia, obesidade)?

- a) Não: _____
- b) Sim: _____

13. Tem ou teve alguém na família com perturbações do comportamento alimentar (anorexia, bulimia, obesidade)?

- a) Não: _____
- b) Sim: _____

Anexo C – Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2)

Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2)**Adaptado por Nunes e Velez (2005)**

0	1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Habitualmente	Sempre

Por cada item abaixo, faça um círculo no número à direita

que melhor se adequa à sua opinião sobre a importância do assunto.

Itens	Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Habitualmente	Sempre
Como doces e hidratos de carbono sem me preocupar.	0	1	2	3	4	5
Penso que o meu estômago é grande de mais.	0	1	2	3	4	5
Gostava de voltar á segurança da infância.	0	1	2	3	4	5
Como mais quando estou preocupado.	0	1	2	3	4	5
Empanturro-me com comida.	0	1	2	3	4	5
Gostava de ser mais novo.	0	1	2	3	4	5
Penso em fazer dieta.	0	1	2	3	4	5
Sinto-me assustado quando os meus sentimentos são muito intensos.	0	1	2	3	4	5
Acho as minhas coxas muito gordas.	0	1	2	3	4	5

Itens	Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Habitualmente	Sempre
Sinto-me inútil como pessoa	0	1	2	3	4	5
Sinto-me extremamente culpado depois de comer demais	0	1	2	3	4	5
Acho que o meu estômago tem o tamanho certo.	0	1	2	3	4	5
A época mais feliz da minha vida é a infância.	0	1	2	3	4	5
Falo abertamente dos meus sentimentos.	0	1	2	3	4	5
Fico aterrorizado com a ideia de ganhar peso.	0	1	2	3	4	5
Confio nos outros	0	1	2	3	4	5
Sinto-me sozinho no mundo.	0	1	2	3	4	5
Gosto da forma do meu corpo	0	1	2	3	4	5
Geralmente, sinto que controlo a minha vida.	0	1	2	3	4	5
Fico confuso acerca do que estou a sentir.	0	1	2	3	4	5
É preferível ser adulto a ser criança.	0	1	2	3	4	5
Comunico facilmente com os outros.	0	1	2	3	4	5
Gostava de ser outra pessoa.	0	1	2	3	4	5
Dou demasiada importância ao peso.	0	1	2	3	4	5

Itens	Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Habitualmente	Sempre
Facilmente identifico o que sinto.	0	1	2	3	4	5
Sinto-me inadequado.	0	1	2	3	4	5
Já me aconteceu comer demais e sentir que não conseguia parar.	0	1	2	3	4	5
Tenho amigos próximos.	0	1	2	3	4	5
Gosto da forma das minhas nádegas.	0	1	2	3	4	5
Estou preocupado com o desejo de ser mais magro.	0	1	2	3	4	5
Não sei o que se passa dentro de mim.	0	1	2	3	4	5
Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros.	0	1	2	3	4	5
A vida adulta tem exigências muito elevadas.	0	1	2	3	4	5
Tenho confiança em mim.	0	1	2	3	4	5
Penso em empanturrar-me com comida.	0	1	2	3	4	5
Sinto-me contente por já não ser uma criança.	0	1	2	3	4	5
Fico confuso em saber se tenho fome ou não.	0	1	2	3	4	5
Tenho fraca opinião a meu respeito.	0	1	2	3	4	5

Itens	Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Habitualmente	Sempre
Penso que consigo atingir os meus objectivos.		1	2	3	4	5
Temo perder o controlo dos meus sentimentos.	0	1	2	3	4	5
Penso que as minhas ancas são muito largas.	0	1	2	3	4	5
Como moderadamente em frente aos outros e empanturro-me quando se vão embora.	0	1	2	3	4	5
Sinto-me enfiado depois de comer uma refeição normal.	0	1	2	3	4	5
Penso que as pessoas são mais felizes quando são crianças.	0	1	2	3	4	5
Se engordo 1 kg, preocupa-me continuar a aumentar de peso.	0	1	2	3	4	5
Sinto que sou uma pessoa capaz.	0	1	2	3	4	5
Quando estou aborrecido, não sei se estou triste, assustado ou zangado.	0	1	2	3	4	5
Já pensei em vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
Preciso manter as pessoas a uma certa distância (sinto-me mal quando se tentam aproximar demasiado).	0	1	2	3	4	5

Itens	Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Habitualmente	Sempre
Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo.	0	1	2	3	4	5
Sinto-me vazio por dentro (emocionalmente).	0	1	2	3	4	5
Consigo falar dos meus sentimentos ou pensamentos pessoais.	0	1	2	3	4	5
Os melhores anos da nossa vida são quando nos tornamos adultos.	0	1	2	3	4	5
Penso que as minhas nádegas são grandes de mais.	0	1	2	3	4	5
Tenho sentimentos que não consigo identificar.	0	1	2	3	4	5
Como ou bebo às escondidas.	0	1	2	3	4	5
Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo.	0	1	2	3	4	5
Quando ando aborrecido, receio começar a comer.	0	1	2	3	4	5
As pessoas de quem realmente gosto acabam sempre por me decepcionar.	0	1	2	3	4	5
Tenho vergonha das minhas fraquezas humanas.	0	1	2	3	4	5
As pessoas dizem que eu sou emocionalmente instável.	0	1	2	3	4	5
Gostava de ter o controlo total sobre os desejos do meu corpo.	0	1	2	3	4	5

Itens	Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Habitualmente	Sempre
Sinto-me bem na maioria das situações de grupo.	0	1	2	3	4	5
Digo coisas sem pensar que depois me arrependo.	0	1	2	3	4	5
Sou capaz de grandes esforços, e às vezes ultrapassar os meus próprios limites, para alcançar coisas que produzam prazer.	0	1	2	3	4	5
Tenho de ter cuidado com a minha tendência para abusar de drogas.	0	1	2	3	4	5
Sou aberto com a maioria das pessoas.	0	1	2	3	4	5
Sinto-me encurralado nas relações com as outras pessoas.	0	1	2	3	4	5
Privar-me de determinadas coisas faz-me sentir mais forte espiritualmente.	0	1	2	3	4	5
As pessoas compreendem os meus verdadeiros problemas.	0	1	2	3	4	5
Tenho pensamentos estranhos que não consigo tirar da cabeça.	0	1	2	3	4	5
Comer por prazer é sinal de fraqueza moral.	0	1	2	3	4	5
Tenho tendência para ter ataques de raiva e de fúria.	0	1	2	3	4	5

Itens	Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Habitualmente	Sempre
Sinto que as pessoas me valorizam como mereço.	0					
Tenho de ter cuidado com a minha tendência para abusar de álcool.	0	1	2	3	4	5
Acho que descontrair é simplesmente uma perda de tempo.	0	1	2	3	4	5
Certas pessoas dizem que eu me irrito facilmente.	0	1	2	3	4	5
Sinto que nada me corre bem.	0	1	2	3	4	5
Tenho grandes alterações de humor.	0	1	2	3	4	5
Os desejos do meu corpo embaraçam-me.	0	1	2	3	4	5
Prefiro estar mais tempo sozinho do que com outras pessoas.	0	1	2	3	4	5
O sofrimento torna as pessoas melhores.	0	1	2	3	4	5
Sei que as pessoas gostam muito de mim.	0	1	2	3	4	5
Sinto necessidade de me magoar, ou magoar os outros.	0	1	2	3	4	5
Sinto que realmente sei quem sou.	0	1	2	3	4	5

Anexo D – Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N)

Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N)

(Brás & Cruz, 2008)

Apresenta-se, de seguida, uma lista de acontecimentos que pode ter experienciado ao longo da sua vida e cujas consequências podem variar de indivíduo para indivíduo.

Assinale, de forma sincera, com uma cruz, os acontecimentos que viveu até aos **12 anos**. Na coluna “**Frequência**”, indique a frequência com que esses acontecimentos ocorreram e, na coluna “**Impacto**”, caracterize o tipo e a intensidade do impacto/consequências que considera que os mesmos tiveram em si. Nunca deve responder nas linhas que estão a sombreado (categorias), mas sim nas seguintes (subcategorias). Quando assinalar a frequência do acontecimento como “0 – Nunca”, não é preciso assinalar o impacto.

Frequência (até aos 12 anos)

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes

Impacto/Consequências

1	2	3	4	5
Nenhum	Negativo, mas também positivo	Ligeiramente negativo	Moderadamente negativo	Extremamente negativo

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Anexo E – Pedido de Autorização para Colaboração em Projecto de Investigação



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

Campus Gambelas

8005-139 Faro

Gambelas, 25 de Outubro de 2010

Assunto: Pedido de autorização para colaboração em projecto de investigação

Exmo. Sr. Reitor da Universidade do Algarve

Sou estudante do 2º ciclo do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve e venho por este meio pedir a colaboração de alguns alunos para a realização da minha dissertação. O tema da minha tese de mestrado intitula-se Acontecimentos de vida negativos e as Perturbações do Comportamento Alimentar e para proceder à recolha de dados, é fundamental a participação de jovens adultos, através do preenchimento de um protocolo de auto-resposta tratando questões acerca das Perturbações Alimentares e dos Acontecimentos de Vida Negativos. A participação dos alunos no estudo é voluntária. Os questionários serão acompanhados por um documento de consentimento informado que assegura o cumprimento das questões éticas de confidencialidade e anonimato. Deste modo, venho solicitar-lhe a sua autorização para aplicar os questionários, imprescindíveis à realização desta investigação. Obrigada pela sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

A aluna _____(Andreia Félix)

Orientadora do projecto _____(Professora Doutora Ana Teresa Martins)

Anexo F – Estatísticas Descritivas – Médias, Desvios Padrão da Escala de Frequência,
Impacto e Severidade dos Itens do IAV_N

Tabela 1. Estatística Descritiva da Escala de Frequência dos IAV_N (N=304)

	M	DP	Máximo	Mínimo
1.Separações Intermitentes	0.75	1.28	4	0
2.Separações Prolongadas	0.50	1.19	4	0
3.Separações Definitivas	0.54	1.10	4	0
4.Negligência Física	0.22	0.66	4	0
5.Negligência Psicológica	0.49	0.96	4	0
6.Agressões Ligeiras	1.29	1.11	4	0
7.Agressões Moderadas	0.30	0.78	4	0
8.Agressões Severas	0.13	0.55	4	0
9.Abuso Sexual	0.08	0.37	3	0
10.Depreciações	1.27	1.13	4	0
11.Rejeição	0.73	1.00	4	0
12.Humilhações	0.92	1.11	4	0
13. Punições Desproporcionadas	0.41	0.84	4	0
14.Exigências Desproporcionadas	0.76	1.06	4	0
15.Ameaças à Integridade	0.64	0.98	4	0
16.Conflitos Familiares	1.07	1.21	4	0
17.Separações ou Ameaças de Separação entre os Cuidadores	0.66	1.08	4	0
18.Abuso de Substâncias entre os Cuidadores	0.43	1.03	4	0
19.Dificuldades Económicas	0.93	1.06	4	0
20.Problemas Educacionais	0.16	0.48	3	0
21.Mudança de Residência	0.20	0.60	4	0
22.Mudança de Escola	0.18	0.54	4	0
23.Habitação sem Condições	0.14	0.50	4	0
24.Problemas de Saúde do Próprio	1.15	1.26	4	0
25.Problemas de Saúde entre os Familiares	1.03	1.23	4	0

Tabela 2. Estatística Descritiva da Escala de Impacto do IAV_N (N=304)

	M	DP	Máximo	Mínimo
1.Separações Intermitentes	1.44	0.97	5	0
2.Separações Prolongadas	1.34	0.90	5	0
3.Separações Definitivas	1.64	1.28	5	0
4.Negligência Física	1.15	0.60	5	0
5.Negligência Psicológica	1.46	1.01	5	0
6.Agressões Ligeiras	1.70	0.91	5	1
7.Agressões Moderadas	1.31	0.88	5	1
8.Agressões Severas	1.16	0.72	5	0
9.Abuso Sexual	1.10	0.59	5	0
10.Depreciações	2.23	1.34	5	1
11.Rejeição	1.78	1.22	5	1
12.Humilhações	1.97	1.34	5	1
13. Punições Desproporcionadas	1.37	0.87	5	0
14.Exigências Desproporcionadas	1.65	1.08	5	1
15.Ameaças à Integridade	1.58	1.06	5	1
16.Conflitos Familiares	1.89	1.21	5	1
17.Separações ou Ameaças de Separação entre os Cuidadores	1.68	1.17	5	1
18.Abuso de Substâncias entre os Cuidadores	1.37	0.95	5	1
19.Dificuldades Económicas	1.73	1.04	5	1
20.Problemas Educacionais	1.11	0.42	4	1
21.Mudança de Residência	1.20	0.70	5	1
22.Mudança de Escola	1.25	0.78	5	1
23.Habitação sem Condições	1.13	0.56	5	1
24.Problemas de Saúde do Próprio	1.98	1.28	5	1
25.Problemas de Saúde entre os Familiares	1.99	1.22	5	1

Tabela 3. Estatística Descritiva da Escala de Severidade de IAV_N (N=304)

	M	DP	Máximo	Mínimo
1.Separações Intermitentes	2.01	4.22	20	0
2.Separações Prolongadas	1.47	3.95	20	0
3.Separações Definitivas	2.00	4.61	20	0
4.Negligência Física	0.53	1.95	20	0
5.Negligência Psicológica	1.55	3.71	20	0
6.Agressões Ligeiras	2.82	3.61	20	0
7.Agressões Moderadas	0.91	2.92	20	0
8.Agressões Severas	0.48	2.34	10	0
9.Abuso Sexual	0.20	1.09	20	0
10.Depreciações	4.03	4.99	20	0
11.Rejeição	2.29	4.03	20	0
12.Humilhações	3.08	4.83	20	0
13. Punições Desproporcionadas	1.18	2.97	20	0
14.Exigências Desproporcionadas	2.17	3.97	20	0
15.Ameaças à Integridade	1.78	3.62	20	0
16.Conflitos Familiares	3.21	4.90	20	0
17.Separações ou Ameaças de Separação entre os Cuidadores	2.10	4.08	20	0
18.Abuso de Substâncias entre os Cuidadores	1.43	4.06	20	0
19.Dificuldades Económicas	2.47	3.76	20	0
20.Problemas Educacionais	0.33	1.24	20	0
21.Mudança de Residência	0.60	2.43	20	0
22.Mudança de Escola	0.59	2.08	20	0
23.Habitação sem Condições	0.35	1.62	20	0
24.Problemas de Saúde do Próprio	3.49	5.06	25	0
25.Problemas de Saúde entre os Familiares	3.09	4.28	20	0

Anexo G – Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2) - Valores Normativos

Tabela 1. Médias, Desvios-Padrão num Grupo de Mulheres Estudantes Universitárias
(N=760 mulheres; Garner, 1998, p.43)

Subescalas do EDI-2	Média (M)	Desvio-Padrão (DP)
Obsessão pela Magreza	5.5	5.5
Bulimia	1.2	1.9
Insatisfação Corporal	12.2	8.3
Ineficácia	2.3	3.6
Desconfiança	2.0	3.1
Interpessoal		
Percepção Introceptiva	3.0	3.9
Medo da Adultez	2.7	2.9
Ascetismo	3.4	2.2
Impulsividade	2.3	3.6
Insegurança Social	3.3	3.3